Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 M, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 4. 22. Januar 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem städtischen Krankenhaus am Urban zu Berlin: Abtheilung des Herrn Prof. A. Fraenkel.

Zwei Fälle von subphrenischen Echinococcen (von Milz und Leber ausgehend).

Von Dr. *A. Aschoff*, Assistenzarzt.

Die Schwierigkeit der Diagnose des Echinococcus in gewissen Organen des menschlichen Körpers wird bisweilen dadurch bedeutend erschwert, dass das Krankheitsbild in Folge von Entzündungen im benachbarten Gewebe oder Perforationen in andere Organe complicirt wird. Die meisten Beispiele hierfür liefern in der Litteratur wohl die subdiaphragmatischen Leber-Echinococcen mit secundärer Perforation durch das Zwerchfell. Seltener dürften dagegen Fälle in der Art des vorliegenden sein, wo die Milz der primäre Sitz des Parasiten ist. Ist derselbe schon deswegen von einem gewissen Interesse, so zeigt er weiterhin in Folge seines Durchbruches in die Lungen, Pleurahöhle und Bronchien einen ausserordentlich verwickelten Symptomencomplex und somit in hervorragender Weise die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose nicht nur zwischen sub- und supradiaphragmatischen, sondern auch der verschiedenen Formen des letzteren, des Pleura- und Lungenechinococcus.

Die Frage, ob eine Flüssigkeitsansammlung supra- oder subdiaphragmatisch ist, stellt häufig die Kunst der Differentialdiagnose auf eine harte Probe. So auch bei den Echinococcenblasen. Besonders ist dies der Fall, wenn, wie schon Maydl[1]) in seiner Arbeit über Pleuraechinococcen feststellt, bei einem subphrenischen Sitz locale Zeichen eines Pleuraergusses vorhanden sind und eine Geschwulstentwicklung im Unterleibe fehlt. Lunge und Herz können durch eine subphrenische Cysten bei genügender Grösse derselben in gleicher Weise comprimirt und verdrängt werden, wie bei einem pleuritischen Exsudat. Maydl hebt für die Stellung der Diagnose eines subphrenischen Sitzes der Echinococcen als wichtigsten Punkt die Vereiterung oder das Intactsein der Blase hervor. Ist dieselbe vereitert und haben sich Gase entwickelt, so treten die Erscheinungen des subphrenischen Abscesses und des Pyopneumothorax in den Vordergrund und als Ursache derselben kann dann der Echinococcus meist nur per exclusionem festgestellt werden. Dazu gehören vor Allem die anamnestischen Angaben, Sitz und Art des Schmerzes, die Abwesenheit von Erscheinungen seitens des Magens und des Darmes etc. Freilich liegen hierbei die Verhältnisse für die Diagnose eines vereiterten Echinococcus, der von der Milz oder ihrem Ueberzuge ausgeht, bedeutend ungünstiger als unter gleichen Bedingungen bei der Leber, da die Häufigkeit des Sitzes in dieser viel eher die Aufmerksamkeit auf den Echinococcus lenken wird.

Für die Diagnose eines intacten subphrenischen in den Thorax hinaufwachsenden Echinococcus hatte Frerichs als wichtigstes Symptom den Verlauf der oberen Dämpfungsgrenze festgestellt. Statt in gerader ebener Linie, wie bei einem pleuritischen Exsudate, um den Thorax herumzulaufen, nimmt dieselbe bei dem Echinococcus einen bogenförmigen Verlauf. Maydl macht mit Recht darauf aufmerksam, dass das Frerichs'sche Symptom wohl für die Differentialdiagnose eines pleuritischen Exsudats und eines Echinococcus überhaupt von Bedeutung sein kann, jedoch nichts zur Entscheidung beiträgt, ob der letztere nun ein supra- oder subdiaphragmatischer ist. Maydl stellt vielmehr, da er die differentialdiagnostischen Sätze hauptsächlich für die subdiaphragmatischen Leberechinococcen festzulegen suchte, die Erscheinungen seitens des Ausgangsorgans in den Vordergrund: so die Schmerzen im rechten Hypochondrium, Erscheinungen von Gallenstauung, Icterus etc. Letztere sehr wichtige Symptome müssen natürlich bei einem Milzechinococcus in Fortfall kommen und so die Schwierigkeit der Diagnose erhöhen. Maydl weist ferner auf die Verschiebung der Ausgangsorgane hin. Bei einem supraphrenischen Erguss werden kaum stärkere Verdrängungen der Abdominalorgane stattfinden. Für eine subdiaphragmatische Localisation des Echinococcus spricht in den meisten Fällen auch der Mangel an Pleura- und Lungensymptomen, wie Husten, Auswurf und Dyspnoe.

Ist nun in einem gegebenen Falle der supraphrenische Sitz festgestellt, so tritt in zweiter Reihe die Frage an den Arzt heran, ob der Echinococcus von der Lunge oder von der Pleura ausgeht.

Bei einem extrapleuralen Sitz zeigen die Echinococcen nach dem übereinstimmenden Urtheil Maydl's und anderer Autoren eine ausserordentlich grosse Neigung nach aussen durchzubrechen und bilden schon frühzeitig eine deutlich sichtbare Geschwulst unter der Thoraxhaut.

Die primären pleuralen Echinococcen sind sehr selten. Diese Seltenheit hebt Dieulafoy[2]) ganz besonders hervor. Seiner Meinung nach handelt es sich bei den meisten als primäre Pleuraechinococcen beschriebenen Fällen um Irrthümer in der Diagnose. Die Echinococcen sollen immer von dem Parenchym der Organe ausgehen, so von der Leber, Niere, Milz, vom Herzen, von den Lungen, nicht aber von deren serösen Ueberzügen, dem Peritoneum, Perikard oder der Pleura. Davaine fand unter 25 Thoraxechinococcen 24 Lungen- und einen Pleuraechinococcus. Zu demselben Resultat bezüglich der Seltenheit in der Pleura kommen Vigla und Trousseau.

Die für den primären Pleuraechinococcus charakteristischen, von dem pleuritischen Exsudat ihn unterscheidenden Symptome sind schon von Vigla in so zutreffender Weise festgestellt worden, dass die meisten späteren Autoren, so auch Maydl und Neisser[3]) sich ihm fast vollkommen angeschlossen haben. Der Schmerz bei dem Pleuraechinococcus unterscheidet sich von den bei der Pleuritis meist nur im Anfang auftretenden

[1]) C. Maydl, Ueber Echinococcus der Pleura. Wien, 1881.

[2]) Dieulafoy, Kystes Hydatiques du Poumon. Annales de Médecine Scientifique et Pratique, 1893, No. 50—52, 1894, No. 1.

[3]) Neisser, Die Echinococcenkrankheit. Berlin, 1877.

Stichen durch seine Constanz und Intensität, wenn bisweilen auch leichtere Remissionen eintreten. Ebenso tritt die Dyspnoe nicht wie beim gewöhnlichen Pleuraerguss anfallsweise auf, sondern nimmt bis zum Tode stetig zu. Im Gegensatz zu der Intensität dieser localen Erscheinungen hebt Neisser das gute Allgemeinbefinden bei dem Pleuraechinococcus hervor, wenn freilich auch in den letzten Stadien oft eine erschreckende Kachexie und Abmagerung mit rapidem Verlauf eintritt. Circumscripte Erweiterungen des Thorax, womöglich ein fluctuirender Tumor, eine bogenförmige Begrenzungslinie der Dämpfung, gänzliche Abwesenheit des Athemgeräusches, das auffällige dichte Beisammensein von normalen und anormalen Athmungsphänomenen, sind Symptome der objectiven physikalischen Untersuchung, die wesentlich verschieden sind von denjenigen bei der exsudativen Pleuritis. Hier besteht eine gleichmässige Hervorwölbung einer Thoraxhälfte durch das Exsudat, eine geradlinige Dämpfungsgrenze, abgeschwächtes, nach unten zu vielleicht auch ganz verschwindendes Athemgeräusch, das somit einen Uebergang von den normalen zu den anormalen Verhältnissen bildet. Die Pleuritis setzt im Gegensatz zum Echinococcus meist mit Fieber ein und wächst schneller als der letztere.

Beiden gemeinsam ist der trockene Husten, die mangelnde Beweglichkeit der befallenen Thoraxhälfte und in vorgeschrittenen Stadien die Verdrängung der Nachbarorgane.

Von den eben beschriebenen Symptomen hat der Pleuraechinococcus einige gemeinsam mit dem Lungenechinococcus. Auch der letztere hat eine bogenförmige Dämpfungsgrenze, verdrängt bei weiterem Wachsthum die Nachbarorgane. Es kommt bei ihm später ebenfalls zu einer Erweiterung der Thoraxhälfte und Einschränkung ihrer Beweglichkeit. Anders ist es mit den übrigen Symptomen. Der Husten ist nicht trocken, oft vielmehr mit blutigtingirtem Auswurf verbunden. Meist kommt es zu wiederholten Hämoptysen. Der Schmerz ist bei dem Lungenechinococcus ein mässiger, bald exacerbirend, bald ganz verschwindend. Die Dyspnoe trägt mehr einen asthmatischen Charakter, tritt nach starken Anstrengungen auf, oder ohne jede Ursache in Form der asthmatischen Anfälle. Nach Neisser stellt sich schon frühzeitig ein allgemeiner Verfall ein.

In neuester Zeit hat Dieulafoy[4]) die Symptome des Lungenechinococcus in den ersten Stadien seiner Entwickelung genauer beobachtet und beschrieben. Er unterscheidet drei Perioden. Bezüglich der ersten macht er vor Allem auf die sehr frühzeitigen Hämoptysen als erstes und wichtigstes Symptom aufmerksam. Dieselben treten ganz im Anfang der Erkrankung auf, sie gehen den anderen Symptomen, wie dem Husten und der Dyspnoe, lange voraus. Von der Expectoration von Membranen sind sie bisweilen 7—10 Monate getrennt. Sie können sich häufiger innerhalb weniger Monate wiederholen, sind bald spärlicher, bald reichlicher, jedoch niemals tödtlich. Sie begleiten das Auftreten des Lungenechinococcus in so zahlreichen Fällen, dass Delgrange behauptet, es sei in der Regel der Fall. Diese frühzeitigen Hämoptysen, die Dieulafoy mit denen bei Tuberculose und Syphilis vergleicht, geben naturgemäss häufig Veranlassung zu Irrthümern, indem sie leicht Verwechselungen mit den beiden erwähnten Affectionen der Lunge herbeiführen.

Aehnlich soll es mit der ebenfalls sehr frühzeitig den Lungenechinococcus begleitenden Pleuritis sein. Dieselbe wird stets, zumal wenn sie, wie so oft, mit Abmagerung und Schwäche verbunden ist, auf die Diagnose „Tuberculose" hinführen. Andererseits kommt dieselbe auch bei subdiaphragmatischen Echinococcen vor. Die frühzeitigen Pleuritiden beim Lungenechinococcus sollen sich nach Dieulafoy durch die Eigenthümlichkeit ihres Verlaufes auszeichnen. So erreichen sie oft eine ausserordentliche Grösse, wachsen in kurzer Zeit, verschwinden aber ebenso plötzlich. Zu diesen beiden Frühsymptomen der Hämoptoe und Pleuritis gesellt sich bald ein quälender Husten, ferner eine Dyspnoe, die bald dauernd, bald in Paroxysmen, ohne dass irgendwelche körperliche Anstrengungen dieselben verursachten, auftreten kann. Der Kräfteverfall und die Schwäche machen das Bild der Tuberculose noch ähnlicher.

Im zweiten Stadium kommt es nach Dieulafoy zu zahlreichen wiederholten Bronchitiden, Bronchopneumonien, Pneumonien und Pleuropneumonien.

Der Beginn der dritten Periode in der Entwickelung der Lungenechinococcen wird durch den wichtigsten Punkt in derselben gekennzeichnet: durch die Eröffnung und Perforation der Blase, den oft über Leben und Tod entscheidenden Augenblick. Der Durchbruch kann entweder in die Pleura oder in die Bronchien erfolgen oder auch in beide, bald gleichzeitig, bald nacheinander. Eine nachweisbare Ursache der Perforation ist bisweilen in äusserlichen Momenten gelegen, oft aber auch gar nicht zu finden. Sie erfolgt meist erst, wenn die Blase vereitert ist. Bricht sie in die Bronchien durch, so tritt plötzliche Dyspnoe, Kitzelgefühl, Erstickungsanfall und Hämoptoe auf. Die letztere kann sofort tödlich sein oder durch häufige Wiederholung zum Exitus führen. Freilich sind die späteren Hämoptysen nie von derselben Stärke wie die erste. Eine andere Todesursache kann die Asphyxie sein und drittens kann als ein meist tödtlich endigendes Ereigniss die Bildung eines Pneumothorax hinzutreten. In den günstiger verlaufenden Fällen wird die Blase in toto ausgeworfen und führt dann meist am schnellsten und sichersten Heilung herbei, oder aber es wird der Echinococcus fetzenweise im Laufe von Monaten herausbefördert und kann auch dann noch in Genesung endigen. Im letzteren Falle ist der Verlauf aber stets von einer grossen Schwäche, hektischem Fieber und blutigem Auswurf begleitet.

Bei der Entstehung des Pneumothorax hat Dieulafoy auf die häufig unmerkliche Entwickelung desselben aufmerksam gemacht. Bricht der Echinococcus von der Lunge aus in die Pleura durch, so muss keineswegs gleichzeitig ein Pneumothorax entstehen, da ja nicht nothwendigerweise zugleich ein Bronchus eröffnet sein muss. Die Perforationsöffnung kann ferner äusserst klein sein; es brauchen nicht ganze Blasen in den Brustfellraum überzugehen; ja es können nur einige wenige Tropfen langsam hineinsickern und dann eine eiterige Pleuritis hervorrufen. Es zeigen sich dann keine anderen Erscheinungen als die eines pleuritischen Ergusses und die Punction kann in solchem Falle reinen Eiter ergeben, wenn nicht zufällig einige Häkchen mit in die Pleurahöhle gekommen sind. Tritt nun später die Eröffnung in die Bronchien hinzu, so kann sich ein Pneumothorax von Patient und Arzt unbemerkt entwickeln, ohne besondere Athemnoth, Schmerzhaftigkeit, Collaps etc. Dies kommt besonders dann zu Stande, wenn es bei der vorangegangenen Pleuritis zu partiellen Verwachsungen der Pleurablätter gekommen ist.

Ganz anders ist das Krankheitsbild bei gleichzeitigem Durchbruch in die Bronchien und Pleura. Hier haben wir den Pneumothorax mit seinen erschreckenden Symptomen und augenblicklicher Gefahr.

Der vorliegende Fall zeigte nun in mannigfacher complicirter Weise die soeben beschriebenen Symptome, so dass die Stellung einer sicheren Diagnose sehr erschwert war.

Anamnese: Patientin ist eine 57jährige Wittwe, die hereditär tuberculös belastet ist. Sie hat niemals geboren. Von sonstigen Erkrankungen hatte Patientin als Kind Masern und Scharlach, in späteren Jahren Gelenkrheumatismus und Gesichtsrose durchgemacht. Bis vor etwa 14 Tagen will sich Patientin vollkommen gesund und arbeitsfähig gefühlt haben. Zu dieser Zeit glaubt Patientin sich erkältet zu haben (Mitte September). Sie hustet seitdem viel, wirft jedoch nichts aus; früher will sie nie gehustet haben. Gleichzeitig stellten sich Stiche in der Magengegend und Athemnoth ein, letztere besonders des Nachts.

Am Tage vor der Aufnahme (4. X.) bekam Patientin plötzlich einen starken Schüttelfrost. Sie musste das Bett aufsuchen und wurde in der folgenden Nacht von einem ausserordentlich heftigen, ununterbrochenen, fast einstündigen Hustenanfall befallen. Dabei warf sie angeblich etwa 2 Wassergläser voll Eiter mit leicht blutigen Beimengungen aus.

Gleichzeitig grosse Athemnoth und Bruststiche. Um 11 Uhr Vormittags des folgenden Tages wiederholte sich der Hustenanfall. Mittags suchte Patientin das Krankenhaus auf.

[4]) Dieulafoy, l. c.

Einen Hund hatte Patientin nie im Hause gehabt.

Status praesens: Eine kleine Frau von mässigem Ernährungszustand, ohne Oedeme, ohne Drüsenschwellungen. Leichter Ikterus der Skleren.

Thorax dehnt sich gleichmässig aus, zeigt keinerlei Difformitäten. Ueber der rechten Supra- und Infraclaviculargrube besteht eine leichte Schallabschwächung. Sonst beiderseits vorn lauter Schall. Ebenso rechts hinten. Links hinten besteht über den 4 untersten Rippen eine Dämpfung. Ebendaselbst unbestimmtes abgeschwächtes Athmen und kleinblasiges zähes Rasseln hörbar. Ueber den oberen Partien der linken Lunge hört man hinten Vesiculärathmen mit Schnurren und stellenweise kleinblasiges klangloses Rasseln. Rechts hinten besteht neben Vesiculärathmen auch etwas Schnurren. Vorn beiderseits reines Vesiculärathmen.

Herz normal.

Leber und Milz etwas vergrössert.

Abdomen weich, nirgends druckempfindlich.

Sputum ziemlich reichlich, schleimig-eitrig, von süsslich fadem Geruch, enthält keine Tuberkelbacillen.

Urin ohne Albumen; keine Diazoreaction.

In den ersten Tagen blieben die Verhältnisse ziemlich unverändert. Patientin fühlt sich leidlich wohl. Es besteht ein mässiges, nicht regelmässig remittirendes Fieber.

Am 10. X. Probepunction im 10. Intercostalraum links hinten.

Es wird zuerst eine wasserklare Flüssigkeit aspirirt, die sich beim weiteren Herausziehen der Nadel milchig trübt. In der Flüssigkeit finden sich im mikroskopischen Bilde nur Leukocyten, keine Mikroorganismen. Auch in dem centrifugirten Sediment keine Echinococcushäkchen.

Aussaat auf Agar fällt negativ aus.

Die Temperatur bleibt dauernd wie bisher. Das Sputum ist sehr reichlich, täglich etwa 100 ccm betragend, wird allmählich homogen eitrig. Es hat immer einen faden Geruch, ist aber niemals direct übel riechend. Mehrfache Untersuchungen auf Tuberkelbacillen fallen negativ aus. Mit der Reichlichkeit des Sputums contrastiren Anfangs die mässig reichlichen katarrhalischen Geräusche links hinten sowie rechts. Auch der physikalische Befund ändert sich wenig. So steht in der Krankengeschichte über den Lungenbefund am 2. XI.:

In der linken Seitenwand beginnt in der mittleren Axillarlinie am oberen Rand der 8. Rippe eine Dämpfung, die sich nach hinten bis zur Wirbelsäule hinzieht, nach unten und vorn in die Milzdämpfung übergeht, nach unten bis zum Rippenbogen reicht und nach vorn die Costalclavicularlinie um etwa 6 ccm überschreitet.

Die Milz ist deutlich palpabel und überragt den Rippenbogen um 2 cm.

Bei tiefer Respiration wird der Schall über den oberen Partien der Dämpfungsgrenze deutlich lauter. Ueber der Dämpfung ist das Athemgeräusch stark abgeschwächt.

11. XI. Schüttelfrost von 15 Minuten Dauer.

Es entwickelt sich jetzt über der linken Lunge eine Dämpfung, die schnell an Ausdehnung zunimmt, so dass am

14. XI. in der unteren Hälfte der linken Seitenwand eine Dämpfung besteht, die den halbmondförmigen Raum auf die Hälfte verkleinert und hinten vom Angulus bis zum Rippenbogen reicht. Ueber der Dämpfung abgeschwächtes Athmen.

16. XI. Die Probepunction links hinten ergibt eine trübe Flüssigkeit, in der neben Eiterkörperchen und rothen Blutkörperchen Echinococcushäkchen in massenhafter Zahl nachgewiesen werden.

Das Sputum (400 ccm) ist jetzt bedeutend reichlicher als früher; enthält keine Echinococcushäkchen.

17. XI. Der halbmondförmige Raum ist jetzt bis auf einen schmalen Streifen durch Dämpfung ersetzt. Letztere ist sehr intensiv. Athemgeräusch in den unteren Partien links zur Unhörbarkeit abgeschwächt. Keine Verschiebbarkeit der Dämpfungsgrenze.

Patientin wird auf die chirurgische Station verlegt.

18. XI. Ueber der Dämpfung in der linken Seitenwand ist lautes amphorisch klingendes Athemgeräusch hörbar.

25. XI. Heute auch links hinten lautes scharfes Bronchialathmen mit etwas amphorischem Klang. Bei der Stäbchenpercussion undeutlicher Metallklang.

28. XI. Vom Angulus links hinten ab bis zur 10. Rippe lauter sehr hoher Metallklang bei der Percussion. Keine Erscheinungen von Schallwechsel. Schwaches Athemgeräusch mit crepitirendem Rasseln.

Das Sputum ist in den letzten Tagen ausserordentlich reichlich, mehrere 100 ccm in 24 Stunden betragend, ist rein eitrig, enthielt niemals Echinococcushäkchen. Der Kräfteverfall nimmt rapide zu.

2. XII. Exitus letalis.

Sections-Protokoll: Bei Eröffnung des Abdomens zeigt sich die Leber in ziemlichem Umfange vorliegend, überragt in der Mammillarlinie den Rippenbogen um 3 Querfinger; am linken Rand befindet sich der eng contrahirte fast vertical gestellte Magen, dessen Antrum zu einem ca. 10 cm langen und 2,5 cm breiten wurstförmigen Stück ausgezogen ist. Der obere absteigende Ast des Antrum reicht bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels, von demselben geht unter spitzem Winkel ein aufsteigender Schenkel, der in der Gegend des Leberrandes in den Pylorus übergeht. Zwerchfellstand rechts obere Rand der 4. Rippe; links untere Rand der 5. Rippe.

Milz ist mit dem hintern obern Rand fest mit dem Zwerchfell verwachsen. Das untere Ende der Milz ragt frei in die Bauchhöhle hinein. Das obere Ende der Milz ist durch die erwähnten Verwachsungen ganz in die Mittellinie herübergezogen, in Folge dessen sie auf die Convexität des Magens drückt und das Organ nach abwärts geschoben hat. Nach Wegnahme des Sternums zeigt sich die rechte Lunge ganz frei, dabei ziemlich voluminös. Die linke Lunge ist in ihren obern Partien adhärent. Im Herzbeutel ca. 30 g einer trüben gelben Flüssigkeit. Das Herz klein, mit ziemlich reichlicher pericardialer Fettschicht. Der obere Theil des Pericard erscheint stark verdickt; mit demselben ist die vordere linke Lungenwand stark verwachsen. In der unteren Hälfte der unteren nicht obliterirten Pleurahöhle befindet sich ein abgesackter Hohlraum, welcher von der vorderen Mediastinalgrenze bis in die hintere Axillarlinie reicht und 120 g einer sehr dicken geruchlosen mit zahlreichen collabirten Echinococcenblasen untermischten eitrigen Flüssigkeit enthält.

Beim Versuche, die Lunge von der Trachea aus aufzublähen, zeigt sich, dass in unmittelbarer Nachbarschaft des hinteren Winkels der beschriebenen Eiterhöhle sich ein 5 Pfennigstück grosses Loch in der linken Lunge befindet, aus welchem die Luft entweicht. Die Lungen wurden in toto mit der Milz herausgenommen. Bei Besichtigung der linken Lunge zeigen sich die beiden Pleurablätter im ganzen hinteren Umfange des Organs miteinander verwachsen, zwischen denselben jedoch eine Anzahl flacher miteinander communicirender Eiterrecessus, von denen der grösste einen Durchmesser von 6 cm hat. Einer dieser Recessus communicirt auch mit der beschriebenen grossen Pleuraeiterhöhle. An der Basis der Lunge befindet sich eine etwa $1^1/_2$ faustgrosse, mit zottig eitrigen Belägen versehene Höhle, welche zum Theil noch Echinococcusblasen enthält. Unten grenzt an diese Höhle die Milz. Diese erscheint vergrössert und ist, wie schon aus dem Vorherigen hervorgeht, fast horizontal gestellt und hat einen Längsdurchmesser von 14 und eine Breite von 8 cm. Ihre Wandmembran ist fest mit der Echinococcuskapsel verwachsen, sodass die Trennung ihrer Kapsel von ersterer nur an einer kleinen Stelle möglich ist. Auch die obere Wand des Echinococcussackes ist so fest mit dem Zwerchfell und der darüber befindlichen Lunge verwachsen, dass zunächst gar nicht möglich ist zu entscheiden, ob der Sack unterhalb oder oberhalb des Zwerchfells liegt. Erst eine genaue Präparation ergibt, dass es sich um einen subdiaphragmatischen intraperitoneal entwickelten Echinococcus handelt, welcher zwischen Milzoberfläche und Zwerchfellunterfläche gelagert ist. Die ganze obere Sackmembran ist so fest einerseits mit dem Zwerchfell und andrerseits dieses mit der Basis der Lunge verwachsen, dass Sackwand, Zwerchfell und verdickte Basalpleura der Lunge eine kaum trennbare Masse bilden. Die Beurtheilung der Verhältnisse ist dadurch besonders erschwert, dass die Milz an der hinteren Fläche des Sackes in untrennbarer Weise mit dem Zwerchfell selbst verwachsen ist. Nach vorsichtiger Trennung dieser Adhäsionen gelingt es nachzuweisen, dass das Zwerchfell sich auf die obere Hälfte des Sackes fortsetzt und dass an dieser Stelle zwischen der verdickten Basalpleura und der Sackwand sich das Centrum tendineum befindet. Die Innenfläche des Echinococcussackes ist hellgelb mit zottigen Unebenheiten und zeigt an einigen Stellen geringe kalkige Einlagerungen. Der Echinococcussack communicirt in seinem hinteren Theil erstens durch einen etwa 5 cm langen Fistelcanal, welcher aufwärts verlaufend das Lungenparenchym durchsetzt, mit der früher beschriebenen seitlichen Empyemhöhle der Pleura, und zwar mündet dieser Fistelgang in die früher beschriebene Perforationsöffnung der Empyemhöhle aus. Zweitens communicirt dieser Fistelgang mit einem Bronchus.

Es bestand also intra vitam eine Communication zwischen dem Sack und der Empyemhöhle einerseits und dieser mit dem Bronchiensystem andrerseits. Die untere Hälfte des Unterlappens der linken Lunge ist luftleer, von hellgrau gelber Farbe zum Theil in Induration, zum Theil von einem System communicirender mit Echinococcusblasen gefüllter Cavernen durchsetzt, welche Haselnuss- bis Wallnussgrösse haben und mit erweiterten Bronchien in Verbindung stehen. Die Wände dieser Cavernen befinden sich theilweise in eitriger Schmelzung. Der obere Theil des Unterlappens und des Oberlappens sind lufthaltig. Die rechte Lunge ist vollkommen normal.

Die übrigen Organe bieten nichts Besonderes.

Die Substanz der Milz ist nirgends von dem Tumor aufgezehrt.

Resumé aus der Krankengeschichte: Bis Mitte September ist Patientin vollkommen gesund. Seit dieser Zeit Stiche in der Seite, Athemnoth und trockener Husten. Kein Auswurf.

4. X. Schüttelfrost. Heftiger Hustenanfall mit Expectoration reichlicher blutiger Eitermassen.

5. X. Aufnahme in das Krankenhaus mit einer Dämpfung über den vier untersten Rippen links hinten, die in die vergrösserte Milzdämpfung übergeht. Ebendaselbst abgeschwächtes Athmen. Sonst katarrhalische Geräusche über beiden Lungen.

10. X. Probepunction ergibt wasserhelle Flüssigkeit mit spärlichen Leukocyten ohne Echinococcushäkchen.

11. XI. Schüttelfrost. Es entwickelt sich acut ein grosses linksseitiges pleuritisches Exsudat.

16. XI. Probepunction. In der eitrigen Flüssigkeit Echinococcushäkchen.

Allmähliche Entwickelung eines linksseitigen Pyopneumothorax.

2. XII. Exitus letalis.

Resumé aus dem Sections-Protokoll: Es besteht eine etwa anderthalb faustgrosse Echinococcusblase zwischen Milz und Diaphragma.

Durch letzteres führt ein Canal in das Lungengewebe und von hier aus in die Bronchien, andererseits in die Pleurahöhle. In dem

Unterlappen der linken Lunge kleine Cavernen von Haselnuss- bis Wallnussgrösse, zum Theil Echinococcusblasen enthaltend. Die Pleurablätter hinten vollkommen verwachsen; nach vorn nur theilweise adhärent bilden sie hier eine grosse Empyemhöhle, in der sich einige collabirte Echinococcusblasen befinden. Der Magen ist durch die mit dem Zwerchfell verwachsene und nach der Mitte zu gezogene Milz nach unten gedrückt und nimmt eine etwa verticale Stellung ein.

(Schluss folgt.)

Aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Ueber angeborene und in früher Kindheit erworbene Defectbildungen der Lungen.

Von Dr. *H. Sieveking*, Assistenzarzt.

Vor Jahresfrist hat an dieser Stelle Reinhold[1]) über dasselbe Thema eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er an der Hand einiger von ihm selbst beobachteter einschlägiger Fälle besonders die Möglichkeit der klinischen Diagnose angeborener oder in früher Kindheit erworbener Defectbildungen der Lungen betont und hervorhebt, dass Individuen mit einer solchen Affection alt werden und selbst zur Leistung schwerer körperlicher Arbeit fähig sein können.

Die Diagnose muss sich darauf stützen, dass ohne das anamnestische Moment einer voraufgegangenen Lungenerkrankung man an einem Theile der Lungen hochgradige Schrumpfung, an dem anderen entsprechende Hypertrophie findet, dass dabei aber der Brustkorb völlig symmetrisch und gut entwickelt, die Wirbelsäule nicht verkrümmt und die Lagerung der Baucheingeweide normal ist. In allen bisher beschriebenen Fällen war die linke Lunge ergriffen — eine noch unerklärte Thatsache — und dabei lag das Herz nach links und hinten weit verlagert. Je grösser die compensatorische Hypertrophie der gesunden Lungenhälfte, je geringer die Deformität des Brustkorbes, wenn überhaupt vorhanden, um so weiter zurückliegend ist der die Schrumpfung bedingende Krankheitsprocess anzunehmen.

Ein Fall, den wir kürzlich zu beobachten Gelegenheit hatten, gab uns Veranlassung, die Angaben Reinhold's anzuwenden, und die Diagnose wurde durch die Obduction bestätigt.

Es handelt sich um den 56 Jahre alten Arbeiter F. R., aufgenommen am 19. II. 94, gestorben am 5. X. 94. Als „Junge" hat er „Lungenentzündung" gehabt. Genauere Angaben über Zeit und Art der Krankheit kann er nicht machen. Geschlechtskrank will er nie gewesen sein, hat bis vor einem Jahr schwere Körperarbeit gut verrichten können, klagt seitdem über Verschlechterung des Sehvermögens und Schwellung der Füsse. Erst seit 8 Tagen hustet er.

Der Kranke ist von untersetzter Gestalt, ziemlich gut genährt. Die Haut ist blass, trocken. Am Hals und über beiden Schulterblättern ausgedehntes Leukoderma. In der Lendengegend beiderseits schuppendes, serpiginöses, papulöses Syphilid. Inguinaldrüsen erbsengross, hart, in Strängen fühlbar, sonst keine Drüsenschwellungen. Wirbelsäule gerade, linke Thoraxhälfte kaum merklich abgeflacht, aber über der Brustwarze gemessen 3,5 cm enger als die rechte, bleibt auch bei der Athmung etwas zurück.

Herzdämpfung nach links weit verzogen, in der vorderen Axillarlinie zwischen 5. und 7. Rippe kaum handtellergross nachzuweisen. Spitzenstoss kräftig im 5. Intercostalraum 2 Fingerbreiten nach aussen von der vorderen Axillarlinie. Herztöne laut und rein, keine Accentuation des 2. Tones. Puls klein, weich. Die rechte Lunge gibt tiefen, vollen Schall, vorn steht die untere Grenze am Unterrand der 6., hinten am Unterrand der 11. Rippe und verschiebt sich bei der Athmung ausgiebig. Nach links zu erstreckt sich vorn der Lungenschall ununterbrochen über das Brustbein hinüber bis fingerbreit nach innen von der linken Mammillarlinie und geht von da nach der Achsel zu in relativ gedämpften, abgekürzten Schall über. Hinten ist die ganze linke Seite relativ gedämpft. Die rechte Spitze gibt leicht verkürzten Schall und verschärftes Athemgeräusch, sonst ist rechts überall leises, reines Vesiculärathmen hörbar. Links dagegen hört man im Bereich der Dämpfung überall nur trockene katarrhalische Geräusche und hellhauchendes Bronchialathmen in beiden Athmungsphasen. Der Fremitus ist links abgeschwächt, links hinten Bronchophonie.

Der Auswurf ist reichlich, geballt, münzenförmig, gelb; er enthält keine Tuberkelbacillen, keine elastischen Fasern, ist sehr zellreich und gibt mit der Biondi'schen Farblösung rothe Farbenreaction, sein Geruch ist fötide.

Die Lage der Bauchorgane ist normal; Leber und Milz sind nicht vergrössert.

Im Urin findet sich dauernd Eiweiss zwischen $1^1/_2$ und 2 pro mille nach Esbach schwankend. Specifisches Gewicht 1006—1011, Menge durchschnittlich 2400 ccm p. die; kein Sediment, Cylinder bei wiederholter Untersuchung nie gefunden.

Im Augenhintergrunde sind beiderseits frische und ältere Netzhautblutungen nachweisbar.

Am 8. V. 94 verliess der Patient das Krankenhaus, ohne wesentliche Veränderung in seinem Befinden zu zeigen, er kam am 5. IX. d. Js. zurück in sehr viel schlechterem Zustand. Husten, Brustschmerzen, Schwellung der Füsse und Erbrechen waren seine Beschwerden. Der Befund war derselbe wie früher. In Folge einer Pericarditis fibrinosa ging er am 5. X. zu Grunde.

Bei der 10 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Obduction fand sich die Lage der Bauchorgane normal. Zwerchfellstand rechts am Unterrand, links am Oberrand der 5. Rippe. In der Bauchhöhle kein abnormer Inhalt. Nach Eröffnung der Brusthöhle liegt die rechte Lunge bis 4 fingerbreit über die Mittellinie hinaus nach links hinüber vor. Das Herz ist nach hinten und links verlagert, von der linken Lunge ist nichts zu sehen.

Herzbeutel durch frische, leicht lösbare Adhäsionen verklebt, beide Herzkammern weit, ihre Wandungen verdickt (rechts 0,8 cm, links 2,5 cm). Klappen schlussfähig. An der Basis der Mitralsegel und Aortenklappen kleine atheromatöse Geschwüre, in der linken Kammerwand grosse myocarditische Schwiele.

Nach der Herausnahme aus dem Thorax sinkt die rechte Lunge erheblich zusammen, sie ist im Ganzen gleichmässig stark hypertrophirt und emphysematös, besonders auffällig der Mittellappen. Das Gewebe ist pigmentreich.

An Stelle der linken Lunge findet sich ein dickes, gelbliches, fibröses Gewebe, das mit der Brustwand fest verwachsen ist. Darin eingebettet liegt der Rest von Lungengewebe von der Grösse einer Kinderfaust, ganz luftleer und von harter Consistenz. Der Oberlappen ist ebenso gross wie der Unterlappen, scharf von ihm abgegrenzt, Ersterer ist schiefrig pigmentirt, grau, letzterer pigmentfrei gelbroth. Auf der Schnittfläche beider sieht man einige wenige Bronchialäste von 1 bis 2 cm Weite, die auf Druck dicke, grünliche, übelriechende, eitrige Flüssigkeit entleeren. Der linke Hauptbronchus ist noch unterhalb der Bifurcation normal weit. Etwa 3 cm von derselben entfernt verengert er sich plötzlich trichterförmig und lässt eine nur für eine Haarsonde durchgängige Oeffnung frei, durch die er mit den Bronchialästen der beiden Lungenlappen communicirt. Bronchialschleimhaut geschwollen, entzündlich geröthet. Besonders die obere Kuppe der linken Thoraxhälfte erscheint bei der Ansicht von innen deutlich abgeflacht, die Wirbelsäule gerade. Leber, Milz, Nieren, Nebennieren und Darm geben ausgeprägte Amyloidreaction, sonst findet sich an den Bauchorganen nichts Abnormes.

Die Gehirnsubstanz ist arm an Blutpunkten; in beiden Linsenkernen unregelmässig begrenzte, auf der Schnittfläche einsinkende, alte, graubraune Erweichungsherde von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Arterien der Hirnbasis ausgedehnt arteriosklerotisch verändert.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das Gewebe des gelbrothen, luftleeren Unterlappens der linken Lunge aus kernreichen, fibrösen Bindegewebszügen besteht, in denen zahlreiche Lymphgänge und Blutgefässcapillaren sichtbar sind. Auffallend verdickt sind die Wandungen der kleinen Arterien, besonders in der Media; sie zeigen Amyloidreaction. Haufen von amyloiden Schollen liegen in ihrer Umgebung. Unregelmässig im fibrösen Bindegewebe vertheilt finden sich einzelne Inseln von gruppenförmig zusammenliegenden, mit weitem Lumen versehenen, von hohem cubischen, theilweise hohem Cylinderepithel ausgekleideten Hohlräumen, in deren Umgebung das Gewebe dicht kleinzellig infiltrirt ist. Die Hohlräume sind auf dem Durchschnitt theils rund, theils unregelmässig ausgebuchtet, im Lumen liegen grosse epitheloide, einkernige Zellen.

Pigment findet sich nirgends.

Im Gegensatz dazu ist der Oberlappen sehr stark pigmenthaltig; sonst ist der Bau dem des Unterlappens ähnlich, nur sind die Inseln der alveolär angeordneten Hohlräume grösser, ihr Epithel abgeflacht, die Septa schmal, die kleinzelligen Infiltrate umfangreicher.

Die Leberarterien sind amyloid entartet; in der Glisson'schen Kapsel finden sich zahlreiche miliare, unregelmässig und nicht scharf abgegrenzte, kleinzellig infiltrirte, in der Mitte theilweise trübe, detritusartige Substanz umschliessende Herde.

Auch Glomeruli, Arterienäste und interstitielles Gewebe der Nieren sind ausgedehnt amyloid degenerirt, letzteres erheblich verbreitert mit zerstreuten kleinzelligen Infiltrationsherden. Die Harncanäle weit, mit hyalinen Massen ausgestopft.

Die klinische Diagnose schwankte zwischen einer angeborenen und einer in allerfrühester Jugend erworbenen Atelektase der linken Lunge. Es war links keine Spur eines athmungsfähigen Lungengewebes nachweisbar, das Herz war ganz ungewöhnlich weit nach links verzogen, die rechte Lunge enorm hypertrophirt, die Abflachung der linken Thoraxhälfte kaum wahrnehmbar, nur durch Messung zu constatiren. Das Alles sprach für angeborene Atelektase. Immerhin musste die anamnestisch festgestellte Lungenerkrankung in der Jugend des Kranken für eine erworbene Schrumpfung in die Wagschale

---

[1]) Münchener med. Wochenschrift No. 45, 1893.

fallen. Die Lues konnte nicht in Zusammenhang damit gebracht werden. Sie erklärte nur das ausgedehnte Amyloid und die interstitiellen Veränderungen in Leber und Nieren.

Die Obduction ergab den überraschenden Befund einer Combination beider Processe: der Unterlappen war makroskopisch und mikroskopisch fötal atelektatisch, der Oberlappen musste sicher einmal functionsfähig gewesen sein. Die auffällige Betheiligung der linken Lunge blieb unaufgeklärt.

Danach bildet unser Fall ein völliges Analogon zu dem von Coats beschriebenen und wir schliessen uns der Deutung Reinhold's an, dass „die jedenfalls schon vom Fötalleben her unvollständige Entwicklung" auch des Oberlappens „eine Beeinträchtigung seiner Function und somit eine Neigung zur Bildung von Atelektase" bei einer vielleicht hinzutretenden Pleuritis zur Folge gehabt habe.

Wir hielten die Veröffentlichung des Falles für besonders wichtig, weil er zeigt, dass die Diagnose, so sicher wie sie das Krankheitsbild als solches zu erschliessen vermag, doch über den genauen Zeitpunkt des Entstehens immer nur auf unsicherem Boden stehen wird.

Ueber die Selbstbeschädigung der Hysterischen.

Von Dr. *Krecke* in München.

Wenn sich Jemand eine Verletzung am eigenen Leibe zufügt, so nehmen wir, wenn nicht ein unglücklicher Zufall vorliegt, im Allgemeinen an, dass diese Selbstverletzung entweder in einer bestimmten Absicht geschieht, um eines Vortheils theilhaftig zu werden, oder dass sie erfolgt auf Grund eines abnormen psychischen Verhaltens. Jede Verletzung bringt für den Betroffenen einen mehr oder minder erheblichen Schmerz und ebenso eine Functionsstörung mit sich. Derjenige, welcher sich um eines Vortheils willen eine Verletzung zufügt, achtet den Schmerz gering im Verhältniss zu dem Nutzen, den ihm die Functionsstörung bringen soll. Der zum Militärdienst ausgehobene Bauernknecht hackt sich ein Fingerglied ab, um auf Grund dieser Verstümmelung der ihm unangenehmen Pflicht Soldat zu sein, zu entgehen. Der leicht am Auge verletzte Arbeiter bringt sich Fremdkörper in den Bindehautsack, um mit Hilfe der entstehenden Conjunctivitis eine höhere Unfallsrente zu erlangen. Gerade die neuere Unfallsgesetzgebung hat hier zu mannigfachen Selbstverletzungen der Arbeiter Veranlassung gegeben, und der Arzt, dem die Begutachtung von Unfallverletzten übertragen ist, hat neben dem Simulantenthum im Allgemeinen mit der Selbstbeschädigung im Besonderen zu rechnen. Können dem Arzte da doch die wunderbarsten Sachen vorkommen. So erzählte mir erst neulich ein College, dass nach einer leichten Verletzung am Fuss lange Zeit ein ziemlich starkes Oedem zurückgeblieben sei, das keiner Behandlung weichen wollte. Die Pathogenese dieses Oedems wurde erst aufgeklärt, als man entdeckte, dass der betreffende Kranke durch Umlegen einer Gummibinde um den Oberschenkel eine Blutstauung in dem Beine unterhielt.

Sind die im Vorstehenden kurz angezogenen Fälle in ihrer Erklärung ganz klar, so bieten diejenigen, bei welchen von irgend welchem Vortheil für die Kranken nicht die Rede sein kann, dem Verständniss weit erheblichere Schwierigkeiten. Es sind das diejenigen Fälle, für welche als Ursache schliesslich ein abnormes psychisches Verhalten herbeigezogen werden muss, obwohl damit die Entstehungsweise dieser eigenthümlichen Selbstbeschädigungen keineswegs genügend aufgeklärt ist. Wir sehen hier ab von denjenigen Selbstverstümmelungen, wie sie bei ausgesprochenen Geisteskranken vorkommen können, und welche offenbar in Anfällen von völliger geistiger Umnachtung vorgenommen werden. Wenn ein Irrsinniger sich in einem Hallucinationszustande den Penis abschneidet, so wissen wir, dass der Betreffende in einem solchen Momente seine geistige Freiheit vollständig verloren hatte.

Diejenige Gruppe von Selbstbeschädigungen, auf die ich hier die Aufmerksamkeit richten möchte, betrifft wohl auch Kranke, deren Psyche man heutzutage als nicht ganz normal anzusehen sich gewöhnt hat, ich meine die Hysterischen. Ohne auf die Frage, ob die Hysterie als Psychose zu bezeichnen ist oder nicht, hier näher einzugehen, sei nur betont, dass vom praktischen Standpunkte aus jedenfalls ein Unterschied zwischen der Psychose der Hysterischen und derjenigen der gewöhnlich als irrsinnig bezeichneten Kranken gemacht werden muss.

Die Selbstbeschädigungen nun, wie sie in nicht sehr grosser Zahl bisher bei den Hysterischen zur Beobachtung gekommen sind, haben eine besondere Eigenthümlichkeit darin, dass sie nicht in einmaligen, zeitlich abgeschlossenen Handlungen bestehen, sondern dass sie einen chronischen, aus wiederholten Handlungen bestehenden Zustand darstellen. Das zeigt sich in sehr ausgesprochener Weise bei einer Kranken, die ich jetzt schon ein Jahr lang ununterbrochen zu beobachten Gelegenheit habe. Ich möchte die Einzelheiten dieses Falles erst anführen, bevor ich auf die Literatur und die weiteren Eigenthümlichkeiten der Erkrankung zu sprechen komme.

Schwere seit 13 Jahren bestehende Selbstbeschädigung der Haut im Gesicht und an allen 4 Extremitäten.

W. Therese, 61 Jahre alt, Taglöhnerin, wohnhaft in München.

Anamnese: Todesursachen von Vater und Mutter unbekannt. Ueber die Schicksale ihrer Geschwister weiss Patientin nur anzugeben, dass eine Schwester als Blödsinnige gestorben ist, eine zweite Schwester gelähmte Beine hat.

Patientin selbst hat als Kind sehr viel an Kopfschmerzen und geschwollenen Füssen gelitten. Ausserdem hat sie häufig Ohnmachten gehabt, die oft mit einer Art hinfallender Krankheit verbunden waren. Lähmungen sind nicht vorhanden gewesen, jedoch hat Patientin mehrfach die Sprache verloren.

Mit 35 Jahren erkrankte sie am kalten Fieber, an dem sie dann 24 Jahre lang gelitten haben will.

Die Periode bekam sie zum ersten Mal mit 13 Jahren. Die Menstruation setzte darnach 1 Jahr wieder aus, um alsdann regelmässig alle 4 Wochen wiederzukehren (bis zum Jahre 1881). Mit 17 Jahren gebar sie ihr einziges Kind, das bald verstorben ist.

Im Jahre 1881 entstand zum ersten Mal ganz von selbst ein Geschwür am linken Arm, nachdem Patientin unmittelbar vorher ein schweres Brustfieber durchgemacht hatte. Gleichzeitig entstanden auch Geschwüre am rechten Bein. Die Geschwüre nahmen eine solche Ausdehnung an, dass Patientin ins Krankenhaus aufgenommen werden musste. Hier wurde sie ungeheilt entlassen. Seitdem treten die Geschwüre an den verschiedensten Stellen der Arme und des Gesichtes auf. Patientin wurde von den verschiedensten Aerzten und in mehreren Krankenanstalten behandelt; es trat wohl manchmal eine Besserung der Wunden ein doch nie völlige Heilung.

Status praesens am 27. III. 1893.

Patientin ist von mittlerer Statur, mittlerem Knochenbau, mässigem Ernährungszustande.

Die Haut zeigt im Gebiete der vier Extremitäten und des Gesichtes sehr bedeutende Veränderungen.

Im Gesicht finden sich hauptsächlich an der Stirn, ausserdem auch an beiden Wangen und am Kinn eine Reihe von weissen kleinen und grösseren Narben von sehr wechselnder Form. Dieselben betreffen nur die Haut, eine Verwachsung mit den tieferen Theilen ist nirgends nachweisbar.

Am rechten Arm finden sich Narben von gleicher Beschaffenheit, zum Theil etwas grösserer Ausdehnung wie im Gesicht. Die grösste Zahl findet sich auf der Streckseite des Vorderarmes, am Oberarme gehen sie bis zu dessen Mitte hinauf. Hand und Finger sind nur in geringem Grade betheiligt.



Am linken Arm finden sich narbige Veränderungen ganz wie an der rechten Seite. Ausserdem finden sich hier aber auch frische Processe von verschiedener Art. Etwas oberhalb des Ellbogens sieht man einen 10 Pfennigstück grossen schwarzbraunen trockenen Schorf. Die Ränder desselben setzen sich scharf gegen die gesunde, in der Umgebung leicht geröthete Haut ab, sind stellenweise etwas abgehoben und lassen unter sich eine grauweiss belegte Wundfläche erkennen. Ausser diesem grösseren Schorf sieht man unregelmässig am Vorderarm vertheilt eine Reihe von anderen, kleineren und grösseren, von Stecknadelkopfgrösse an. Einige der Schorfe liegen dem Untergrunde ganz fest an, bei leicht gerötheter Umgebung. An anderen Stellen sieht man, wie sie sich an

der Peripherie ablösen und unter ihnen eine rothe oder grau belegte Wundfläche erscheint. Mehrere lassen sich mit der Pincette ganz abreissen und es erscheint so ein entsprechend grosses Geschwür von meist reinem Grund. Derartige von ihren Schorfen befreite Geschwüre sind nun weiter in grösserer Zahl sichtbar, alle mit der Neigung zur Heilung von der Peripherie her vernarbend.

Am rechten Unterschenkel findet sich eine ziemliche Anzahl von Narben von derselben Beschaffenheit wie an den Armen. Frische Processe fehlen hier.

Am linken Unterschenkel sieht man nur zwei kleinere Narben.

Weitere Beobachtung. Ich muss gestehen, dass mir bei der ersten Untersuchung der Krankheitsfall durchaus unklar war. Ich dachte noch am ersten an die Möglichkeit eines luetischen Processes, obwohl die Erscheinungen sich mit einem solchen durchaus nicht in Einklang bringen liessen. Die Aufklärung sollte bald kommen.

Patientin erhielt zunächst einen indifferenten Salbenververband. Am 30. III. erschien sie wieder. Bei der Abnahme des Verbandes fiel mir alsbald auf, dass derselbe von der Patientin inzwischen gewechselt worden war. Hierüber zur Rede gestellt, gab sie an, sie habe in dem Arme ein so heftiges Jucken verspürt, dass sie den Verband hätte abnehmen müssen.

Gross war nun erst mein Erstaunen, als ich nach der Entfernung der Verbandstoffe in der Ellbogengegend einen neuen, fast 2markstückgrossen Schorf bemerkte von derselben Beschaffenheit, wie sie oben geschildert ist. Eine solch grosse Verschorfung der Haut konnte in der kurzen Zeit nur durch eine Einwirkung von aussen her entstanden sein, und ich wurde dann sofort auf die Aehnlichkeit mit dem Strümpell'schen Falle, den ich seiner Zeit in Erlangen selbst mitbeobachtet habe, hingewiesen. Bei weiterer Ueberlegung war mir denn auch bald klar, dass alle Erscheinungen der vorliegenden Erkrankung sich am besten als die Folge einer Selbstbeschädigung auffassen liessen; es handelte sich somit nur darum, die einwirkende Schädlichkeit nachzuweisen.

Zunächst wurde noch auf weitere hysterische Symptome gefahndet und dabei zunächst die genauere, oben schon mitgetheilte Anamnese erhoben. Aus derselben ergibt sich sowohl das Vorausgegangensein von wohl nicht anders als hysterisch zu deutenden Erscheinungen (Kopfschmerz, hinfallende Krankheit, Verlust der Sprache), wie auch das Vorkommen von nervösen Affectionen bei den Geschwistern unserer Kranken. Bei der objectiven Untersuchung der Kranken fand sich an den Extremitäten und im Gesicht, weniger ausgesprochen am Rumpf, eine hochgradige Analgesie, man konnte eine Nadel durch eine Hautfalte überall durchstechen, ohne dass die Patientin irgend welchen Schmerz äusserte.

Ich hoffte nun, nach Strümpell's Vorgang bei einer Anstaltsbeobachtung der Kranken Näheres über die Entstehung der Geschwüre zu erfahren. Am 24. IV. wurde Patientin in meine Privatklinik aufgenommen, und gleich am selben Tage, während sie gebadet wurde, eine sorgfältige Untersuchung ihrer Effecten vorgenommen. Es fand sich aber rein gar nichts, von dem man hätte annehmen können, dass es zur Hervorrufung der Hautgangrän diente. Somit war auch vorauszusehen, dass während der folgenden Anstaltsbeobachtung keine neuen Brandherde auftreten würden. So war es auch in der That; während des 10tägigen Aufenthalts in der Klinik wurde kein einziger neuer Schorf gesehen und die alten Geschwüre heilten ohne besonderes Zuthun langsam ab.

Am 2. V. wurde Patientin entlassen und für den folgenden Tag wieder bestellt. Stimmte unsere Rechnung, so mussten am folgenden Tage aller Wahrscheinlichkeit nach neue Herde vorhanden sein. Wir sollten mehr zu sehen bekommen, als wir erwartet hatten.

Am 3. V. erschien Patientin wieder: Der linke Arm war übersäet mit frischen Schorfen. Dieselben hatten jetzt noch kein schwarzes, sondern ein mehr graues Aussehen und zeigten in der Mitte meist einen etwas dunkleren Punkt. Bei länglichen Schorfen zeigten sich vielfach 2 solche dunkle Punkte. Ausser den Schorfen war jetzt aber noch etwas Anderes sichtbar. An einzelnen Stellen war die Haut diffus geröthet und gleichzeitig mit kleinen stecknadelkopf- bis linsengrossen hellgelben Bläschen bedeckt. Ausser am linken Arm fanden sich die genannten Veränderungen im Gesicht, wo besonders die bläschenförmigen Eruptionen überwogen, und am rechten Unterschenkel, wo sehr grosse Schorfe bis zu Markstückgrösse sichtbar waren.

Bei dieser Sachlage war es natürlich keine Frage mehr, wer der Urheber der verschiedenen Hautaffectionen war; es handelte sich jetzt nur noch darum, festzustellen, auf welche Weise Patientin sich die Verletzungen beibrachte. Ueber diesen Punkt konnte uns unter den vorliegenden Verhältnissen nur die Patientin selbst Auskunft geben. Bevor sie aber um die letztere gebeten wurde, sollte sie im Aerztlichen Verein vorgestellt werden, da man nicht wissen konnte, ob sie nicht über unsere Fragen unmuthig würde und sich unserer Behandlung entzöge.

Für die Demonstration im Aerztlichen Verein war es natürlich wünschenswerth, die Hautaffectionen in möglichster Mannigfaltigkeit und Reichhaltigkeit den Collegen zeigen zu können. Dies wurde auch erreicht unter Benutzung eines kleinen Hilfsmittels. Nach ihrem Austritt aus der Anstalt hatte Patientin mich wiederholt darauf hingewiesen, wie nothwendig für sie der Aufenthalt in einer Anstalt wäre; in der Anstalt sei es ihr bei der guten Pflege ganz gut gegangen, nach ihrem Austritt seien gleich die bösen Geschwüre wieder aufgetreten. Ich möchte doch entweder sie selbst wieder aufnehmen oder mich für sie verwenden, dass sie irgendwo untergebracht würde, ein „Plätzchen", wie sie sich ausdrückte, erhielte. Ich sagte ihr dann, dass ich da voraussichtlich nicht viel thun könnte, ich wollte sie aber dem Aerztlichen Verein vorstellen, und dafür sei es natürlich gut, wenn ihr Zustand sich möglichst schlimm darstellte.

Der Wink wurde verstanden und in der nächsten Sitzung konnte ich die verschiedenen Eruptionen, Röthung, Blasen, frische und alte Schorfe, Geschwüre, Narben in grösster Mannigfaltigkeit demonstriren.

Am nächsten Tage sagte ich der Patientin auf den Kopf zu, dass nur sie allein all diese Dinge hervorrufe und dass ich jetzt von ihr eine bestimmte Auskunft über die Art und Weise, wie sie dabei zu Werke gehe, verlange. Natürlich erhob sich zunächst ein gewaltiger Jammer mit Aussprüchen des Entsetzens über solch eine Zumuthung. Dann aber: „Was kann denn ich dafür, wenn ich so viel arbeiten und waschen muss und mir beim Waschen immer der starke Laugenstein die Haut zerfrisst".

Nun, da hatten wir wenigstens das Mittel genannt. Wir verschafften uns dann Laugenstein und machten damit an verschiedenen Körpertheilen der Patientin oberflächliche und tiefe Aetzungen, die ersteren in der Weise, dass wir nur leicht mit dem Laugenstein hin und her strichen, die letzteren so, dass wir eine spitze Stelle des Laugensteins eine Zeit lang gegen ein und dieselbe Hautstelle angedrückt hielten. Am nächsten Tage war der Erfolg da: an den oberflächlich geätzten Stellen Röthung und Bläschenbildung, an den tiefer geätzten ein grauer Schorf mit einem dunkleren Punkt in der Mitte, genau so, wie wir es bei der Patientin immer beobachtet hatten. Der dunklere Punkt entsprach der Stelle, wo wir den Laugenstein aufgesetzt hatten; der umliegende Theil des Schorfes war durch die sich ablösende ätzende Flüssigkeit zu Stande gekommen.

Wenn wir auch kein volles Geständniss der Patientin hatten, so war für uns doch die Sache jetzt durchaus offensichtig. Patientin ist seitdem in unserer ständigen Beobachtung und wird allwöchentlich 2mal verbunden.[1]) Die Schorfe kommen und gehen in unregelmässiger Weise; zur völligen, auch nur vorübergehenden Heilung hat Patientin es nie kommen lassen.

Während dieser Zeit haben wir nun noch verschiedene Beobachtungen machen können, die für den psychischen Zustand der Kranken von einigem Interesse sind. Zunächst vergeht wohl keine Woche, in der nicht ein Brief von der Patientin mit der Post einläuft. Nach den üblichen einleitenden

---

[1]) Erst seit Mitte Juni 1894 hat sie sich aus äusseren Gründen unserer Behandlung entzogen.

Bemerkungen über unsere Güte und ihr Unglück kommt dann die inständigste Bitte „mit aufgehobenen Händen", sich doch ihrer zu erbarmen und ihr ein „Plätzchen" zu verschaffen. Die Briefe sind alle nach demselben, wohl aus einem Briefsteller entnommenen Schema verfasst.

Im September kam ein Brief mit der Handschrift der Patientin, aber fremder Unterschrift, worin diese fremde Person die Mittheilung machte, dass die Patientin W. sich seit 24 Stunden aus ihrer Wohnung entfernt habe und dass die Vermuthung nahe liege, sie habe sich ein Leid angethan. Am nächsten Tage erschien jedoch die Patientin wieder in der Sprechstunde mit bis zur Hüfte völlig durchnässten Kleidern. Auf unser Befragen, woher denn die nassen Kleider rührten, erzählte sie, dass sie sich oberhalb Münchens in der Isar zu ertränken versucht habe, aber von einem Gensdarmen alsbald wieder aus dem Wasser gezogen worden sei. (!)

Im September klagte Patientin, dass ihr ein Narbenstrang am linken Ellbogengelenk sehr heftige Beschwerden verursache. Bei der Untersuchung fand sich eine Narbe auf der Beugeseite, die die völlige Streckung des Armes in keiner Weise behinderte und beim Ausstrecken nur eine mässige Spannung zeigte. Es lag kein Grund vor, gegen diese Narbe etwas zu thun. Patientin bestand aber darauf, operirt zu werden, und um ihren andauernden Klagen zu begegnen, wurde am 2. X. die Durchtrennung der Narbe vorgenommen. Die Beschwerden sollen darnach verschwunden sein.

Bald darauf fing Patientin an, zu klagen, dass sie häufig an sehr heftigen Blutungen aus der Scheide leide. Ich legte auf diese Klagen zunächst keinen Werth. Am 4. XI. kam sie dann ganz aufgeregt mit der Mittheilung, sie habe sich in einer Poliklinik für Frauenkrankheiten untersuchen lassen, wo ihr eröffnet worden sei, die Gebärmutter sei sehr bedeutend vergrössert und müsse herausgenommen werden. Sie bäte mich, diese Operation auszuführen. Ich fand mich nun genöthigt, den Genitalapparat zu untersuchen, konnte aber nichts Abnormes entdecken — die Gebärmutter war klein, atrophisch — und fand mich so nicht in der Lage, dem Wunsche der Kranken zu willfahren. Die Blutungen müssen dann wohl von selbst aufgehört haben, denn Patientin hat in den folgenden 4 Monaten nicht mehr darüber geklagt.

Im December nun suchte sie meine Aufmerksamkeit auf ihren linken Mittelfinger zu lenken. Derselbe zeigte eine mässige Steifigkeit, so dass er nicht völlig gebeugt werden konnte. Im Scherz sagte ich ihr: „Den werden wir wohl amputiren müssen." Darauf sie: „Das wäre mir schon das Liebste; Sie können mir überhaupt wegschneiden, was Sie wollen." Seit der Zeit werde ich von Zeit zu Zeit immer wieder angegangen, ihr doch den Finger wegzunehmen.

Die Unklarheiten, die der vorstehend ausführlich mitgetheilte Fall bei der ersten Untersuchung bot, dürften somit grösstentheils durch die langdauernde Beobachtung vollständig aufgehellt sein. Eine zweifellos hysterische 61jährige Taglöhnerin bringt sich seit 13 Jahren andauernd mittelst Laugenstein schwere Verletzungen an den verschiedensten Körperstellen bei — das ist aus der mitgetheilten Krankengeschichte zweifellos ersichtlich.

Ueber die Diagnose Hysterie kann kein Zweifel obwalten; dieselbe ergibt sich aus den objectiven hysterischen Symptomen (Analgesie), dem abnormen psychischen Verhalten und der Anamnese. Die Selbstbeschädigung ist von der Patientin wohl im eigentlichen Sinne nicht zugegeben, sie will die Geschwüre nur auf das zufällige Bespritzen mit Waschlauge zurückgeführt wissen —, die angeführten Thatsachen machen aber die Selbstbeschädigung zweifellos, nicht zum Wenigsten die von uns selbst mit Laugenstein hervorgerufenen Schorfe und Geschwüre.

Eine noch offene Frage ist: was veranlasst die Kranke zu dieser höchst sonderbaren schweren Schädigung ihrer Gesundheit, durch welche sie, abgesehen von allen übrigen Nachtheilen, eine grosse Behinderung ihrer Erwerbsfähigkeit erleidet.

Um dieser Frage nachzugehen, müssen wir zunächst einmal in der Literatur eine kleine Umschau halten.

Fälle ähnlich dem unsrigen sind bisher nur wenig veröffentlicht worden, und besonders in Deutschland ist erst in den letzten Jahren die allgemeine Aufmerksamkeit auf derartige Erkrankungen gerichtet worden.

Als erster kommt ein von Strümpell[2]) in der Erlanger Klinik beobachteter Fall in Betracht. Eine 26jährige, die objectiven Zeichen der Hysterie darbietende Patientin litt seit 9 Jahren an einer eigenthümlichen Erkrankung der Haut, bei der Anfangs Röthung und Blasenbildung, später Verschorfung und Geschwürsbildung auftraten. Als Strümpell unter seinen Augen einen solchen Gangränherd sich entwickeln sah, konnte er durch eine sehr einfache Methode die Entstehung der Hautaffection nachweisen; er führte die Kranke im Hemde in ein anderes Zimmer, liess sie dort einschliessen und veranstaltete dann eine genaue Untersuchung ihrer Sachen — im Bett versteckt fand sich ein grosses Stück Aetznatron. Die Kranke gestand, sich damit seit Jahren die Geschwüre beigebracht zu haben.

Auf dem Chirurgencongress im Jahre 1892 stellte Senger[3]) eine Patientin vor, welche nach einem Nadelstich eine handtellergrosse, allen Heilungsbestrebungen trotzende Ulceration an der Brust bekommen hatte. Es bildeten sich bläulich-rothe Stellen von Stecknadelkopf- bis Bohnengrösse, welche sich schon nach 24 Stunden als schwärzliche oder grünliche Schorfe darstellten, und nach Abstossung der letzteren sich in eine entsprechend grosse Geschwürsfläche umwandelten. Wenn die alten Stellen abheilten, entstanden bald neue. Senger glaubte den Process als ein auf central-nervöser Basis beruhendes Leiden, als eine Art von Herpes zoster ansehen zu müssen. Hysterische Symptome waren bei der Kranken deutlich nachweisbar.

Schon in der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion wurden vielfach Zweifel laut, ob nicht die Hautaffection von der Patientin selbst hervorgerufen worden sei. Es wurde auf die Nothwendigkeit einer genauen Anstaltsbeobachtung hingewiesen, und die Patientin dementsprechend in die Bergmann'sche Klinik zu Berlin aufgenommen. Ueber die dort angestellten Beobachtungen berichtete Schimmelbusch[4]) in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 26.X.92: Eine wiederholte genaue Untersuchung der Geräthschaften der Kranken ergab nie etwas Verdächtiges. Unter einem den ganzen Thorax einnehmenden Gypsverbande trat eine langsame Vernarbung des Geschwüres ein. Um den Heilungsprocess zu beschleunigen, wurde nach einiger Zeit eine Epidermistransplantation nach Thiersch vorgenommen: alle Läppchen heilten an, und zwischen den einzelnen blieben nur einige stecknadelkopfgrosse Granulationspfröpfe wie man sie gewöhnlich sieht, übrig. Merkwürdigerweise bildeten sich aber aus diesen Granulationsknöpfen wieder grössere Geschwüre; auf der Haut, bezw. auf den transplantirten Stellen entstanden zunächst 1—2 cm lange, mit leicht blutigem Serum gefüllte Blasen, die Blasen platzten, der rothe Papillarkörper lag frei zu Tage, und allmählich vertiefte sich die wunde Stelle zum Geschwür. Die Entstehung der Geschwüre war dieselbe, wie sie von der Patientin beschrieben wurde. Eine zweite Transplantation hatte denselben Erfolg.

Auffälligerweise zeigten sich an den Stellen, wo der Verband der Haut fest auflag, häufig wunde Stellen, manchmal sogar Blasenbildung, ganz ähnlich wie an der Geschwürsfläche selbst, aufgeriebenen Füssen vergleichbar. Es war so mit Sicherheit anzunehmen, dass durch das Reiben der Haut an dem Verband die Blasen erzeugt wurden. Dementsprechend wurde der Verband fortgelassen und die wunden Stellen mit Gaze und Photoxylin zugeklebt; jetzt heilten die Geschwüre völlig ab.

Petersen erwähnte in der Discussion zu der Senger'schen Demonstration eine von ihm gemachte Beobachtung einer hysterischen Patientin, die sich ähnliche Geschwüre wie in

[2]) Strümpell, Ueber einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 2. Band, 4. Heft.

[3]) Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 1892, I, 65.

[4]) Berliner klin. Wochenschrift, 1892, No. 46, S. 1170.

dem Senger'schen Falle beigebracht hatte. Näheres über den Sitz und die Entstehung der Geschwüre hat Petersen nicht mitgetheilt.

Im Hamburger ärztlichen Verein stellte Sick[5]) eine Patientin vor, welche sich andauernd Ulcerationen an der Hand hervorzurufen pflegte. Bei der Aufnahme der Kranken fand sich ein Geschwür über dem 5. Mittelhandknochen. Verschiedene Excisionen mit nachfolgender Naht führten ebenso wenig zur Heilung wie die Behandlung mit Bädern, Salben und dergleichen. Unter dem Verband zerfiel die Narbe regelmässig wieder, und es bildete sich ein Substanzverlust mit wallartigem Rande, infiltrirter Umgebung, nekrotischen Gewebsfetzen in der Tiefe. Eine Heilung trat erst ein, als feste Verbände angelegt wurden. Die Kranke hatte durch Fingerdruck auf den Verband einen Druck auf die Wunde bezw. die Narbe ausgeübt. Als Beweggrund führte sie an, dass sie ein Brennen in der Hand verspürt hätte.

Bei derselben Patientin hatte Kümmell vor 2 Jahren auf Grund der Ulceration und einer damals bestehenden Knochenauftreibung die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tuberculose zweier Metacarpi gestellt und desshalb die betreffenden Knochen aufgemeisselt, natürlich ohne einen Herd zu finden.

Objective hysterische Symptome waren bei der Patientin nicht nachweisbar.

Durch den Vortrag Schimmelbusch's sind wir weiter noch mit 2 hierher gehörigen Fällen aus der englischen Literatur bekannt geworden.

Der erste derselben, von Calcot Fox[6]) beobachtet, betraf ein 16 jähriges hysterisches Mädchen, das eine Menge oberflächlicher Excoriationen an den verschiedensten Körperstellen aufwies. Trotzdem Fox überzeugt war, dass die Patientin selbst die Affection hervorrief, konnte er zunächst auch bei Anstaltsbeobachtung nicht ermitteln, in welcher Weise das geschähe. Erst wie er dem Mädchen seine Vermuthung direct auf den Kopf zusagte, gestand dieselbe, dass sie sich die Wunden selbst beigebracht habe theils mit ihren Nägeln, grösstentheils durch fortwährendes Reiben mit den Fingerspitzen.

In dem anderen von Forstner[7]) mitgetheilten Fall handelte es sich um oberflächliche Geschwüre an verschiedenen Körpertheilen bei einer 25 jährigen hysterischen Patientin. Die Geschwüre heilten immer unter Heftpflasterbedeckung zu, nach einiger Zeit entstanden aber neue an anderen Stellen. In welcher Weise die Wunden hervorgerufen waren, konnte Forstner leider nicht feststellen.

Das sind diejenigen Fälle, die bis jetzt als dem unsrigen ähnliche in der Literatur bekannt gemacht worden sind. Es handelte sich immer um weibliche Individuen, die mit Ausnahme der Sick'schen Patientin, deutliche hysterische Symptome erkennen liessen. Doch gibt auch Sick von seiner Kranken an, dass dieselbe einen scheuen verlegenen Eindruck machte.

Es muss also jedenfalls die Hysterie bezw. das abnorme psychische Verhalten zur Erklärung, wie denn solch eine Selbstbeschädigung zu Stande komme, herangezogen werden. Strümpell und mit ihm Schimmelbusch treten dafür ein, dass die Selbstbeschädigung aufzufassen sei als eine Zwangshandlung, die den Kranken oft nur mangelhaft im Gedächtniss zurückbleibe. Die Sucht sich interessant zu machen, Arbeitsscheu u. dgl., glaubt Strümpell, kommt nur in geringem Grade in Betracht. Die Schimmelbusch'sche Patientin hat die Zumuthung, dass sie sich die Wunden selbst zugefügt habe, stets mit Entrüstung zurückgewiesen und sogar über ihre Heilung eine ungekünstelte Freude und Dankbarkeit zu erkennen gegeben.

Dass bei unserer Patientin jedenfalls abnorme psychische Zustände mitspielen, ergibt sich aus der Krankengeschichte als zweifellos. Andererseits weist die Krankengeschichte aber auch in grosser Zahl solche Momente auf, welche darauf hinweisen, dass Patientin sich schon mit Bewusstsein und in bestimmter Absicht ihre Verletzungen beigebracht hat. Besonders muss in dieser Beziehung darauf hingewiesen werden, dass während der Anstaltsbehandlung keine neue Gangränherde auftraten, während die alten abheilten, und ferner auf die grosse Sehnsucht der Patientin in irgend einer Anstalt ein behagliches Unterkommen zu finden. Sie hat mir bei jedem Besuch und in ihren zahlreichen Briefen immer wieder versichert, dass sie die schwere Arbeit (sie beschäftigt sich mit Strassenkehren u. dgl.) nicht mehr leisten könne, und dass sie sicher nicht eher gesund würde, als bis sie für ihr Leben versorgt sei. Da ist es doch kein Zweifel, dass sie mit ihrer Selbstbeschädigung einen bestimmten Zweck verfolgt, eben den, Mitleid zu erregen, und auf Grund des Mitleides eine Versorgung zu erhalten. Auch jetzt bezieht sie schon auf Grund ihres Leidens allerlei Unterstützungen von privaten und öffentlichen Wohlthätigkeitsvereinen, und zu ihren vielen Klagen über ihre Noth und Armuth steht in wunderbarem Gegensatz, wenn sie, wie nicht selten, in hübschen weissen Schürzen, neuen Kopftüchern u. dgl. daher kommt.

Eines Umstandes sei hier auch noch erwähnt, der ein eigenthümliches Licht auf ihre psychischen Eigenschaften wirft. Sie bekannte sich immer als treue Anhängerin der katholischen Kirche. Plötzlich fing sie an zu erzählen, dass sie jetzt die Vortragsabende der „Apostolischen Gemeinde“ besuche und dass sie in Bälde als Mitglied bei derselben hoffe aufgenommen zu werden. Hier wäre der einzig wahre Glaube, das einzig unverfälschte Christenthum, und hier bekäme sie auch grosse Unterstützungen (!). Nach einiger Zeit erkundigte sich der Vorstand der Gemeinde bei mir nach dem Leiden der Kranken; ich gab eine sehr vorsichtige Auskunft, die aber doch bewirkt haben muss, dass die Unterstützungen aufhörten. Damit erkaltete auch das Interesse der Kranken für den neuen Glauben und sie kehrte mit Begeisterung in den Schooss der allein selig machenden Kirche zurück.

Es mag immerhin zugegeben werden, dass in der ersten Zeit die Patientin sich die Selbstbeschädigung unter einem psychischen Zwange, in geistiger Unfreiheit beigebracht hat. Seitdem sie aber im Laufe der Jahre erfahren hat, dass ihre Erkrankung zur Erlangung von Unterstützungen sehr zweckdienlich ist, spielt dieser Gedanke jetzt entschieden in der Aetiologie des Leidens eine nicht unwichtige Rolle.

Ganz zu verdenken ist es ja auch der Kranken nicht, wenn sie sich nach einem Unterkommen umsieht. Sie ist jetzt 61 Jahre alt und zu schwerer Arbeit entschieden nicht mehr im Stande. Dies hohe Alter ist übrigens für die in Rede stehende Erkrankung etwas Ungewöhnliches. Bei allen anderen Kranken handelte es sich um junge Individuen Anfangs der 20er Jahre, und es ist bekannt, dass überhaupt die Hysterie mehr in jüngeren Jahren zur Beobachtung kommt. Bei unserer Kranken hat die Selbstbeschädigung, nachdem andere hysterische Erscheinungen vorausgegangen, erst in höherem Alter begonnen, zur selben Zeit, als die Menstruation ausblieb.

Ebenso wie mehrere von den übrigen Kranken klagte auch unsere Patientin mehrfach über heftiges Jucken an den betreffenden Körpertheilen. Es ist nicht unmöglich, dass dadurch mit der erste Anlass zur Hervorrufung der Geschwüre seinerzeit gegeben worden ist. Wir könnten ja die juckenden Empfindungen auffassen als hysterische Parästhesien, in Zusammenhang mit den Anästhesien, die wie bei mehreren anderen Kranken so auch bei der unsrigen sehr ausgesprochen waren. Auf Grund der Anästhesien ist natürlich die Hervorrufung der Geschwüre den Kranken sehr erleichtert.

Eine sehr auffällige Erscheinung bei unserer Kranken ist die Gleichgiltigkeit gegen operative Eingriffe. Nicht nur, dass sie erklärt sich allen Operationen, welcher Art sie auch seien, unterziehen zu wollen, sie sucht uns sogar zu operativen Eingriffen zu bereden bezw. zu verleiten. Es handelt sich hier dann nicht mehr um eine Gleichgiltigkeit, sondern um eine Sucht, eine Mania operatoria passiva, die uns neben den anderen Momenten ein weiteres Anzeichen für die Störung in der Psyche der Patientin ist. Etwas Aehnliches

[5]) Deutsche med. Wochenschrift, 1893, 36
[6]) Lancet, 1882.
[7]) Lancet, 1883.

kam ja auch bei den Patientinnen von Sick und Senger-Schimmelbusch zur Beobachtung; bei beiden mussten sehr viele operative Eingriffe unternommen werden, die bei den Kranken nie irgend welchen Widerstand gefunden zu haben scheinen. Diese Operationsgleichgiltigkeit bezw. Sucht ist ja auch sonst schon mehrfach bei Hysterischen beobachtet worden, und besonders in Frauenkliniken werden Fälle bekannt, wo die Kranken sich mit Vergnügen kurz nacheinander die verschiedenartigsten Operationen an ihren Unterleibsorganen vornehmen lassen. Leyden berichtete vor einiger Zeit über eine solche Kranke, bei welcher, wenn ich nicht irre, 7 Laparotomien kurz nacheinander ausgeführt worden waren.

Bei unserer Kranken wirkt nun zum Vorhandensein der Mania operatoria noch ein sehr wesentliches Moment mit, ihr Wunsch, in eine Anstalt aufgenommen zu werden, wo sie ihr „ruhiges Plätzchen" finden würde. Sie sagt sich ganz richtig, dass nach einer grösseren Operation (Uterusexstirpation) sie für einige Wochen sicher versorgt wäre. Ebenso wie für die Selbstbeschädigung muss auch für diese Operationswuth die Ursache ausser in dem abnormen psychischen Verhalten noch in rein materiellen Gründen gesucht werden.

Die Art und Weise, wie die Kranken sich die Selbstbeschädigung beibringen, ist eine verschiedene. Am einfachsten ging die Patientin von Calcot Fox vor, indem sie mit den Nägeln und Fingerspitzen die Haut wund rieb. Etwas complicirter war schon das Verfahren der Kranken von Sick und Schimmelbusch, die durch Hin- und Herreiben des Verbandes die Haut zur Ulceration brachten. Die Strümpell'sche Kranke und die unsrige schliesslich bedienten sich eines chemischen Mittels, um die Geschwüre hervorzurufen.

Es ist selbstverständlich, dass je nach der Art der einwirkenden Schädlichkeit die Verletzung selbst eine mehr oder minder tiefgehende sein muss. Bei dem einfachen Reiben mit den Fingern werden im Allgemeinen nur oberflächliche Excoriationen entstehen (Kranke von Calcot Fox). Etwas tiefere Ulcerationen werden auftreten, wenn die Kranken durch Hin- und Herreiben des Verbandes die Selbstbeschädigung hervorrufen (Sick, Schimmelbusch). Bei der Einwirkung von chemischen Mitteln schliesslich dürfen wir sowohl oberflächliche Affectionen wie tiefe Geschwüre erwarten. Wird, wie in unserem Falle, der Laugenstein auf der Haut nur leicht hin und hergerieben, so entsteht nur eine Dermatitis mit Blasenbildung; wird er dagegen tief eingedrückt, so entstehen mehr oder minder grosse Schorfe, die Anfangs graugrünlich, später ganz schwarz werden und sich schliesslich in Geschwüre umwandeln.

Es ist klar, wie wichtig eine Kenntniss dieser Einzelheiten für den Arzt ist, damit er beim Verdacht auf Selbstbeschädigung auch alsbald Anhaltspunkte für die Art ihres Entstehens gewinnen kann. Irgend welche sichere Kennzeichen, vermöge deren man einer Hautaffection das ipse fecit ansehen könnte, gibt es nicht. Es lassen sich da zunächst nur Vermuthungen hegen, die gewonnen werden auf Grund einer sorgfältigen Beobachtung und unter Berücksichtigung der in ähnlichen Fällen gemachten Erfahrungen. Ist die Vermuthung da, so wird es auch nicht schwer fallen, auf diese oder jene Weise zu einer sicheren Diagnose zu gelangen.

Ein Fall von Carcinoma recti, nach Kraske operirt, vollständige Heilung.[1])

Von Dr. *Fr. Crämer.*

Meine Herren! Ganz in Kürze möchte ich Ihnen einen Patienten vorstellen, dessen Aeusseres nicht erkennen lässt, welche Krankheit er überstanden hat.

Der Herr, der so liebenswürdig ist, sich Ihnen zu zeigen, kam am 23. April 1894 in meine Behandlung.

Anamnestisch theile ich Ihnen mit, dass der Patient nie wesentlich krank gewesen ist, dass er seit 1 Jahr Darmbeschwerden hat, eine Ursache für die Erkrankung kann er nicht angeben.

Von Seiten des Magens sind keine Störungen vorhanden, der Stuhl erfolgt fast täglich ohne Nachhilfe, aber ungenügend, meist besteht heftiger Drang zum Stuhl, die Defäcation ist nicht schmerzhaft, manchmal ist dem Stuhl Blut und Schleim beigemischt, die Gase gehen schlecht ab.

Das Urinlassen ist etwas behindert, derselbe Zwang wie im After stellt sich dabei ein. Die unbedeutende Abmagerung, welche in letzter Zeit eingetreten ist, glaubt Patient auf eine Entfettungscur schieben zu müssen.

Die allgemeine Untersuchung ergab: Adipositas universalis, Lunge normal, Urin frei, Herz nach rechts dilatirt, Action regelmässig, aber sehr frequent, 100.

Die Untersuchung des Rectums liess die Diagnose sofort sicherstellen. Innerhalb des Sphincter beginnend fühlte der eindringende Finger eine ausgebreitete, zum Theil zerklüftete Tumormasse, die nach oben gerade noch umgriffen werden konnte.

Es konnte sich wohl nur um ein Carcinoma recti handeln, fraglich war nur, ob eine vollkommene Entfernung der erkrankten Partie möglich sei.

Herr Prof. Klaussner hatte die Güte, den Fall zu übernehmen.

Am 4. Mai wurde die Operation nach Kraske ausgeführt. Bei der festen Verwachsung des Tumors nach vorn gegen die Prostata hin, gelang die Ablösung nur sehr schwierig und es konnte eine kleine Verletzung der Urethra nicht vermieden werden.

Schliesslich aber wurde der ganze Tumor, noch mit einem Rand normaler Schleimhaut nach oben hin, entfernt. Die Wunde war erschreckend gross.

Der Verlauf war äusserst complicirt und gerade dadurch ist der Fall so sehr interessant. Bald nach der Operation trat eine beträchtliche Herzschwäche ein, die Dilatation des Herzens nahm zu, mit Digitalis musste energisch vorgegangen werden. Dann kam es zu einer vollständigen Harnerhaltung, die Blase war schliesslich bis zum Nabel ausgedehnt. Sie können sich denken, meine Herren, in welch unangenehmer Situation wir uns befunden haben. Zweimal musste die Blase punctirt werden, weil die Einführung eines Katheters absolut nicht möglich war.

Dann entwickelte sich eine sehr schwere Cystitis, aber schliesslich überwand der Patient alle diese schweren Complicationen und steht nunmehr geheilt vor Ihnen. Bis heute hat der Kranke 30 Pfund zugenommen und behauptet niemals so gesund gewesen zu sein wie jetzt. Beschwerden hat er gar keine, nur das Sitzen kann nicht wie gewöhnlich geschehen, der Patient sitzt mehr auf den Oberschenkeln.

Bemerkenswerth ist noch, dass bei der natürlich bestehenden Incontinentia alvi der Patient doch fühlt, wenn der Stuhl kommt.

[1]) Demonstration im ärztlichen Verein München.

Aus der medicinischen Klinik (Prof. Erb) in Heidelberg.

Dermatologische Mittheilungen.[1])

Von Prof. *J. Hoffmann.*

(Schluss.)

2) Hereditäre Anlage zu traumatischer Blasenbildung oder hereditärer chronischer Pemphigus?

Der folgende Fall wurde vor mehreren Jahren ebenfalls auf der medicinischen Klinik von mir beobachtet und als auf hereditärer Grundlage entstandener chronischer Pemphigus aufgefasst, bei welchem es, wie so häufig bei diesem Leiden, mit der Zeit zu ausserordentlicher Abmagerung kam. Als ich dann die beiden als Epidermolysis beschriebenen Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, wurde ich an der Richtigkeit der Diagnose zweifelhaft und meine Bedenken wuchsen, als ich entdeckte, dass Lesser einige von Hebra als erblichen Pemphigus beschriebene Fälle als Epidermolysis bullosa hereditaria deutete, während Kaposi noch in der neuesten Auflage seines Lehrbuchs über Hautkrankheiten die gleichen Fälle als Beispiel für die Existenz des selten beobachteten hereditären Pemphigus weiterführt, woraus ich zu schliessen geneigt bin, dass er die ihm wohl sicher bekannte Ansicht Lesser's nicht theilt. Da mir die Hebra'sche Publication im Original nicht zur Verfügung steht und die kurzen Citate der beiden genannten Autoren einen sichern Einblick mir nicht gestatten, muss ich bei den folgenden Auseinandersetzungen leider auf ihre Verwerthung in der einen oder andern Hinsicht verzichten. Zunächst sei der von mir beobachtete Fall hier beschrieben.

Christian M., 36 Jahre alter Taglöhnerssohn aus Ispringen, rec. 1. VI. 86, entlassen 7. X. 86.

Seine Mutter starb an Wassersucht, sein Vater an Netzbruch;

[1]) Vortrag, gehalten im naturhistorisch-medicinischen Verein in Heidelberg am 13. XI. 1894.

ein Onkel väterlicherseits war rückenmarksleidend; seine noch lebenden Geschwister sind gesund, ebenso deren Kinder. Erbliche Krankheiten sollen in der Familie überhaupt nicht vorgekommen sein.

Der Kranke hörte später von der Hebamme, dass er mit Blasen auf der Haut zur Welt gekommen sei, dass sie ihm die Arme und Beine besonders eingewickelt habe, damit er sich die Blasen nicht durch Strampeln hätte aufreiben können. Von dem Blasenausschlag war er von seiner Geburt bis heute niemals ganz frei. Die Blasen sollen bald die Grösse einer Linse oder Erbse, bald diejenige eines Taubeneies und darüber gehabt haben, enthielten bei ihrem Auftreten meist „helles Wasser", das später trüb oder auch blutig wurde. Die Blasen sprangen dann auf und heilten ab, ohne Narben zu hinterlassen. Der Ausbruch der Blasen erfolgte fieber- und schmerzlos. Schmerzen fühlte er erst, wenn die Blasen aufgingen und nun die Unterkleider anklebten. Während der vielen Jahre änderten die Blasen ihren Charakter nicht. Ehe noch die einen abgeheilt waren, entstanden frische. Kein Bezirk der Körperoberfläche soll verschont geblieben sein von ihnen, ausser der Penis. Am Kopf und im Gesicht waren sie ebenfalls seltener und nicht so gross als an den übrigen Körpertheilen. Die Mundschleimhaut blieb ebenfalls nicht frei von den Blasen.

Die vegetativen Functionen liefen in ungestörter Weise ab; er litt nie an Diarrhoen. Sein Schlaf blieb immer gut. — Erectionen selten, angeblich keine Pollutionen.

Mit 3 Jahren lernte er gehen, ging in die Schule und lernte gut. Er blieb aber stets schwächlich, half seinem Vater den Tag über bei der Arbeit, war aber nie kräftig genug, um als Taglöhner zu arbeiten.

Seit 1883 machten sich Störungen seitens des Bewegungsapparates geltend. Die Arme wurden „dünner und schwächer", so dass er nach einiger Zeit auch nicht mehr die leichten Arbeiten verrichten, schliesslich sich nicht einmal mehr allein an- und auskleiden konnte. Von Herbst 1885 ab kam dazu Schwäche der Beine; seit Neujahr 1886 kann er nicht mehr allein aufstehen und nur mit Unterstützung gehen. Auch die Beine, die ebenso wenig wie die Arme je sehr dick waren, magerten ab. — Jetzt ist er ganz auf fremde Hilfe angewiesen.

Während seiner Schulzeit wurde er mit Medicamenten behandelt, machte auch eine Badecur in Jaxtfeld durch. Doch blieb Alles erfolglos.

Status praesens: Der Kranke ist von über mittlerer Grösse, zum Skelet abgemagert. Geführt auf beiden Seiten schleift er die Beine mehr nach, als dass er wirklich geht.

Am ganzen Körper finden sich weissliche und etwas pigmentirte oder mehr schmutzig aussehende Hautpartien in unregelmässiger Weise neben einander; dieselben haben die Grösse einer Linse bis zu einem Markstücke. Dazwischen halb gefüllte, schlaffe und prall gefüllte, ebenso grosse Blasen mit serösem, serös-eitrigem oder auch blutig gefärbtem Inhalt, ferner eine Anzahl der obersten Epidermislage bare nässende Stellen. Die Gesammtzahl der gleichzeitig bei der ersten Untersuchung an allen Körpertheilen (Beinen, Armen, Rumpf) vorhandenen Blasen beträgt über 20; eine sitzt an der Stirn. 2 kleine Blasen innen an der Oberlippe, eine grosse mit blutigem Inhalt gefüllte an der rechten Wangenschleimhaut. Nässende, der oberen Epidermisschicht beraubte Hautstellen finden sich am Rumpfe allein 16—18, darunter eine, welche fast die Grösse eines Handtellers hat. Dieselben sind zum Theil mit einer noch feucht-schmierigen, deckenden schorfähnlichen Schichte überzogen; an anderen ist der leicht blutig gefärbte Schorf trocken, wieder an anderen löst sich der letztere, an und für sich sehr dünn, in kleinen Fetzen ab.

Die Haut ist wohl dünn, ob aber die Epidermis überhaupt dünner ist als normaler Weise, lässt sich nicht sagen.

Es fehlen ausserdem alle Zehennägel. Das Nagelbett ist trocken, blassgelb, ziemlich weich, aber gegen gewöhnlichen Druck nicht empfindlich. Der Daumennagel der rechten Hand ist nur an der Gegend der Lunula noch festgewachsen, im Uebrigen schnabelartig gebogen und von guter Consistenz. Aus der Mitte des Nagelbettes des 3. Fingers springen stalaktitenförmige Hornmassen vor, der Nagel des 4. Fingers ist verkrüppelt, zur Hälfte vom Nagelbett abgelöst; der Nagel des 5. Fingers sehr dick und stark gewölbt. Links fehlt der Nagel des Daumens; die Nägel vom 2. und 5. Finger sind in einem Zustande wie derjenige des rechten Mittelfingers, am 4. Finger ist der Nagel normal, am 3. verkrüppelt.

Die Augenbrauen, die Cilien, das Kopfhaar und die Schamhaare sind spärlich.

Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane liess nichts Abnormes erkennen, ebenso war der Urin von normalem specifischen Gewicht, frei von Eiweiss und Zucker.

Einen Begriff von der ungemeinen Magerkeit kann man sich machen, wenn man bedenkt, dass der ziemlich grosse Mann bei seiner Aufnahme nur 33 kg 400 wog. Auch die später anzuführenden Maasse lassen das erkennen.

Folgende Verhältnisse fanden sich ausser der Hautanomalie vor: Der Mann ist geistig gut entwickelt, am Schädel findet sich ausser einer leichten Depression am rechten Scheitelbein nichts Krankhaftes. Er hat stets einen schläfrigen Gesichtsausdruck, weil die Lidspalte ziemlich eng ist und das obere Augenlid tiefer steht als normal.

Die Pupillenreaction ist gut: der Augenbefund ebenfalls normal, nur sind die Bewegungen der Augäpfel nach allen Richtungen, am wenigsten vielleicht nach links, ungemein beschränkt; kein Exophthalmus. Alle Sinne normal.

Wie der ganze Körper ist auch das Gesicht sehr mager. Der Kranke kann die Stirne runzeln, auch die übrigen Bewegungen mit den Gesichtsmuskeln, aber dieselben sind alle etwas steif.

Die Kaumusculatur ist kräftig; die Zunge im Vergleich zu den Skeletmuskeln sehr voluminös, in ihrer Function ungestört. Die Zähne zum grossen Theile cariös. Die Stimme ist laut, nicht näselnd.

Der Kopf wird rückwärts und seitwärts frei bewegt; dagegen ist die Nickbewegung durch straffe Anspannung der Nackenmuskeln beschränkt.

Die Musculatur des Schultergürtels ist ad maximum abgemagert; am stärksten reducirt ist der M. deltoides, der vollständig functionsunfähig ist, ohne dass es zu einer Erschlaffung der Gelenkkapsel gekommen. Beim Heben des Oberarmes stösst man im Schultergelenk auf ein Hinderniss. Die Contouren des Schulterblattes treten sehr hervor wegen der Dünne der sie überziehenden Weichtheile.

Auch alle Muskeln der Arme sind sehr stark abgemagert. Passiv lassen sich Bewegungen im Ellenbogengelenk ausführen, wenn auch leichte Beugestellung im Ellenbogengelenk selbst vorhanden ist; trotzdem ist der Kranke nicht im Stande, den Arm indiesem Gelenk zu beugen. Ausserdem besteht Pronationscontractur beider Vorderarme, die auch passiv nicht zu überwinden ist, und Beugecontractur in den Handgelenken in Folge Verkürzung der Beuger am Vorderarm, deren Widerstand ebenfalls nicht zu überwinden ist. Befinden sich die Finger in Beugestellung, so ist es möglich, passiv die Hand etwas dorsalwärts zu bewegen, nicht, wenn man die Finger vorher gestreckt hat.

Sehnenreflexe lassen sich an den Armen nicht auslösen.

Die Rückenmusculatur ist ebenfalls sehr mager. Die Bauchmuskeln kräftig.

Die Beine sind dünn; es können aber in allen Gelenken die Willkürbewegungen gut ausgeführt werden. Wegen Schwäche kann er aber weder allein stehen, noch allein gehen. Muskelspannungen, Ataxie, Muskelsinnstörung finden sich nicht. Die Patellarreflexe und Achillessehnenreflexe sind auszulösen, nicht gesteigert. Die Sensibilität ist am ganzen Körper intact. Der Fussohlen-, Hoden- und Bauchreflex in der gewöhnlichen Stärke.

Maasse:	rechts	links	normal
Umfang des Oberarms	13,5 cm	: 12,7	28 cm
„ „ Vorderarms unten .	11,0 „	: 11,0	— „
„ „ „ Mitte .	13,2 „	: 12,8	19 „
„ „ „ oben .	16,2 „	: 15,5	27 „
„ der Wade	22,5 „	: 22,0	37 „
„ des Oberschenkels unten	22,3 „	: 22,4	35 „
„ „ „ Mitte	26,2 „	: 26,3	47 „
„ „ „ oben	30,5 „	: 30,5	51 „

Breite der Basis der Metacarpalknochen II—V incl. 7 : 7 cm.

		r.	l.
Umfang der Grundphalangen der Finger	I	4,7	: 4,8
„ „ „ „ „	II	5,0	: 4,9
„ „ „ „ „	III	4,5	: 4,6
„ „ „ „ „	IV	4,5	: 4,4
„ „ „ „ „	V	4,0	: 3,9

Die einzelnen Skelettheile sind im Längenwachsthum nicht zurückgeblieben.

Die der Untersuchung zugänglichen Nerven und Muskeln sind elektrisch alle erregbar; nur ist die indirecte wie directe faradische und galvanische Erregbarkeit herabgesetzt, nirgends erloschen; das Zuckungsgesetz vom Nerven aus normal; keine Zeichen von EaR.

Während des Aufenthaltes des Kranken auf der Abtheilung bestand die Behandlung in reichlicher Ernährung, lauwarmen Bädern, Verabreichung von Sol. fowleri und Galvanisation der Medulla spinalis und des Sympathicus.

Es verging fast kein Tag, an welchem nicht an irgend einer Körperstelle neue Blasen von Linsen- bis 20-Pfennigstückgrösse und darüber auftraten. Sie hatten anfänglich serösen Inhalt mit Ausnahme derjenigen an der Mundschleimhaut, welche hämorrhagisch waren. Bei manchen war die Umgebung geröthet. Schmerzen traten gewöhnlich auf, wenn die Blasen sich öffneten und nun Reibung der der Epidermisschicht entblössten Hautflächen durch die Kleidungsstücke statthatte.

Herr Prof. Ernst hatte die Freundlichkeit den Inhalt einer über Nacht entstandenen frischen Blase Morgens zum Impfen von Gelatine zu verwerthen, aber es wuchs nichts.

Die Epidermis war auch an gesund aussehenden Stellen ungemein leicht lädirbar. Etwas festeres Anfassen beim Transport oder Umlegen des Kranken im Bett genügte zur Abhebung und Verschiebung der oberen Epidermislagen, unter welchen es dann stark nässte. Auch das leichte Verschieben der Schwammknopfelektrode bei faradischer Prüfung reichte schon hin, Epidermisschichten in Fältchen zu verschieben oder gar zu trennen.

Die Temperatur war stets eher subnormal zwischen 36,0° und 36,5°, erhob sich selten bis 37,0°. Der Urin zeigte sich quantitativ normal, d. h. er enthielt weder Eiweiss noch Zucker. Der Ernäh-

rungszustand war gebessert, das Körpergewicht war auf 39 kg 100 gestiegen. — Das eigentliche Leiden war aber nach wie vor das gleiche.

Der Kranke gibt an, dass 4 Geschwister, welche nach ihm geboren wurden, ebenfalls mit einem Ausschlag zur Welt kamen, welchen sie bis zu dem zwischen dem 2. u. 3. Lebensjahre erfolgten Tode nicht los wurden. Nach Aussage seines Vaters und des Arztes und nach der Erinnerung des Kranken, welcher die kleinen Geschwister „hütete", stimmte deren Leiden mit dem seinigen überein.

Der Kranke starb am 30. Juni 1893 im Karlsruher Diakonissenhaus; eine Section wurde leider nicht gemacht, weil die Leiche nach dem hiesigen anatomischen Institut überführt werden sollte. Herr Medicinalrath Dr. Baehr hatte die Freundlichkeit mir mitzutheilen, dass das Hautleiden bis zuletzt dasselbe blieb bei lange Zeit ungestörtem Allgemeinbefinden und guter Stimmung. In den letzten Wochen war unter Athembeschwerden, Bronchialkatarrh und copiösen Lungenblutungen Kachexie eingetreten, so dass der Exitus durch Lungenphthise herbeigeführt worden zu sein scheint.

In dieser Krankengeschichte lassen sich einerseits Züge auffinden, welche mit den bei der Epidermolysis beschriebenen übereinstimmen, nämlich die nicht anzuzweifelnde Heredität, das Bestehen der Blasen durch das ganze Leben durch, die leichte Verschiebbarkeit und Löslichkeit der obersten Epidermisschicht beim Anfassen wie bei der elektrischen Untersuchung des Kranken, der afebrile chronische Verlauf. Andererseits spricht die Continuität der Blasenbildung, die Verbreitung der Blasen auf der ganzen Körperoberfläche incl. der Mundschleimhaut, die Entstehung auch ohne traumatische Veranlassung, die Lichtung des Haupthaares, die erschreckende Magerkeit mit Muskelatrophie, Muskelspannungen, Gelenkankylosen etc. und endlich der Exitus durch Lungenphthise, welche auch so gewöhnlich bei chronischem Pemphigus die Erlösung bringt, entschieden für die Berechtigung, diesen Fall als wirklichen Pemphigus aufzufassen. Diese letztgenannten Momente haben denn auch die mir bezüglich der Richtigkeit der ursprünglichen Diagnose aufgetauchten Zweifel beseitigt, so dass ich nicht anstehe, den Fall als richtigen chronischen Pemphigus auf erblicher Grundlage anzusprechen. Ich glaube nicht, dass die Diagnose anders als auf chronischen apyretischen Pemphigus gestellt worden wäre, welchem das ganze Symptomenbild, der Verlauf und der Ausgang entspricht, wenn der Kranke allein in seiner Familie von der Krankheit befallen worden wäre. Soll nun die Diagnose desshalb fallen gelassen werden, weil sich herausstellt, dass ausser ihm etliche Geschwister im 2. bis 3. Lebensjahre demselben Leiden vielleicht direct, vielleicht indirect erlagen? Das geht doch wohl nicht an.

In der Hebra'schen Mittheilung werden nach Kaposi und Lesser als an hereditärem Pemphigus Erkrankte aufgeführt ein 22jähr. Mann, seine Mutter und Schwester und der Bruder seiner Mutter mit der Hälfte seiner Kinder. Blumer erwähnt in einer seiner Tabellen vielleicht ebenfalls zum Pemphigus, vielleicht auch zur Epidermolysis gehörige Beobachtungen von Wickhour und von Legg, ohne den Ort der Veröffentlichung angeben zu können. Ich habe davon abgesehen, die Literatur nach hierhergehörigen Fällen zu durchsuchen, da ich nur einen casuistischen Beitrag zu der Krankheit zu liefern beabsichtige und die Verwerthung des Falles den Dermatologen von Fach überlassen möchte.

Was die erstaunliche Abmagerung der Musculatur in diesem Falle anbelangt, sowie die Ankylosen in verschiedenen Gelenken der obern Extremitäten und die Nackensteifigkeit, so liegt meines Erachtens am nächsten, diesen Veränderungen die Bedeutung von Begleit- und Folgeerscheinungen der allgemeinen Abmagerung beizumessen. In diesem Sinne sprechen auch das Verhalten der Sehnenreflexe, das Fehlen von EaR bei herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit und das normale Verhalten der Sensibilität. Als Erklärung kann die schon von Hebra gemachte Beobachtung herangezogen werden, dass bei dem chronischen Pemphigus mit der allgemeinen Abmagerung Anämie der Musculatur eintritt. Also schlechte Ernährungsverhältnisse, vielleicht noch unterstützt von der Inactivität, wozu solche Kranke bis zu einem gewissen Grade verurtheilt sind, können als Ursache der starken Muskelatrophie angesehen werden, an welcher, wie es scheint, die ganze willkürliche Körpermusculatur theilnehmen kann. Besonders bemerkenswerth ist in meinem Falle die beschränkte Beweglichkeit der Augäpfel und die leichte doppelseitige Ptosis. Neumann[7]) hat ähnliche Beobachtungen gemacht und in der Discussion, welche sich an einen Vortrag von Mosler anschloss, mitgetheilt. Einer seiner Kranken litt an schmerzhaften Contracturen des rechten Knie- und linken Ellenbogengelenks, Steigerung der Patellar- und Tricepsreflexe; ein anderer an andauernden Contracturen in der Adductorengruppe des rechten Oberschenkels, erhöhten Reflexen, rechtseitiger Ptosis, ohne dass der Bulbus in seinen Bewegungen behindert war. Vorwiegend waren nach Neumann Steigerung der Sehnenreflexe bei Intactheit der Sensibilität und Motilität die begleitenden Symptome des Pemphigus.

Wer nun, wie Schwimmer, den Pemphigus als eine Trophoneurose auffasst, kann leicht dazu verführt werden, in der soeben angeführten Muskelatrophie Aeusserungen einer primären Erkrankung des centralen Nervensystems zu sehen. Als Stütze dieser Hypothese — auf mehr kann sie trotz der Schwimmer'schen Ausführungen zur Zeit keinen Anspruch machen — liesse sich der mitgetheilte Fall um so eher verwerthen, als hier Erblichkeit vorliegt, Erblichkeit aber bei Nervenkrankheiten, wie sich immer mehr herausstellt, eine grosse Rolle spielt. Da beide, Epidermis und Nervensystem, Abkömmlinge eines und desselben Keimblattes sind, könnte man an die Möglichkeit der Existenz einer coordinirten Erkrankung beider denken, vorausgesetzt, dass auch wirklich in beiden anatomische Veränderungen nachgewiesen werden und zwar mit einer überzeugenden Regelmässigkeit. Im Hinblick auf den symptomatischen Blasenausschlag bei der Syringomyelie könnte man auch die Erkrankung des Rückenmarks für die primäre halten. Dann dürfte man aber wohl auch häufiger sensible Hautstörungen erwarten, welche, wie erwähnt, vermisst werden bei dem echten Pemphigus. Endlich liegt die Annahme doch zu nahe, dass die Haut erkrankt und die bei Autopsien gefundenen Veränderungen des Nervensystems wie diejenigen der Muskeln rein secundärer Natur sind. Den Pemphigus hystericus hält Kaposi für neuroreflectorisch. So könnten auch für die Muskelatrophie, unter Berücksichtigung der reflectorisch-dynamischen Hypothese, die von den blossliegenden Epidermisflächen ausgehenden Reize beschuldigt werden.

Aus alledem ist zu ersehen, wie weit wir auch hier noch von positivem Wissen entfernt sind.

Am meisten zutreffend sind nach meinem Ermessen die Bemerkungen Kaposi's über den heutigen Stand der Lehre vom Pemphigus. Nach diesem Autor können manche Fälle neurotischen Ursprungs sein, andere sind es sicher nicht. Der Pemphigus mit dem typischen Verlauf ist als Morbus sui generis festzuhalten. Ueber die Ursachen desselben wissen wir gar nichts.

Gerade im Hinblick hierauf dürfte der mitgetheilte Fall einiges Interesse beanspruchen. Neben der Heredität scheint mir ausserdem die lange Dauer (43 Jahre) besonders bemerkenswerth zu sein.

Bericht über die kgl. chirurgische Universitäts-Poliklinik zu München im Jahre 1894.

Von Prof. Dr. *F. Klaussner*.

Mit Folgendem gestatte ich mir, eine kurze Uebersicht über die Thätigkeit an der kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik im vergangenen Jahre zu geben.

In genannter Anstalt wurden im Jahre 1894 15199 Kranke behandelt; rechnet man hiezu noch 130 Kranke, die aus dem Vorjahre bis 15. Januar 1894 verblieben sind, so ergiebt sich eine Gesammtzahl von 15329 gegen 15597 des Vorjahres.

Von diesen wurden 14982 ambulatorisch, 176 in den Wohnungen behandelt und 171 in die stationäre Abtheilung der Poliklinik aufgenommen.

Unter den voraufgeführten 15199 Kranken befinden sich 4316 mit Zahnkrankheiten Behaftete. Lässt man diese ausser Ansatz, so

[7]) Congress für innere Medicin. Wien, 1890.

reducirt sich die Anzahl der Kranken auf 10883, welche sich auf die einzelnen Monate vertheilen wie folgt: Januar 989, Februar 849, März 965, April 970, Mai 976, Juni 944, Juli 1053, August 896, September 867, October 847, November 754, December 773.

Nach Kreisen ausgeschieden treffen auf Oberbayern 4802 (hievon speciell Münchener 3187), Niederbayern 1220, Pfalz 84, Oberpfalz 1794, Oberfranken 212, Mittelfranken 283, Unterfranken 262, Schwaben 1055. Die Uebrigen und zwar 602 waren aus dem Deutschen Reiche überhaupt und 569 aus nicht deutschen Ländern.

Von diesen Kranken waren 5435 Männer und zwar ihrem Berufe nach: 2652 Handwerker und Gewerbtreibende, 1837 Arbeiter und Taglöhner, 178 Hausirer, Colporteure und verarmte Geschäftsleute, 437 städtische, Bahn- und Post-Bedienstete, 185 Handlungsgehilfen und Kaufleute, 146 Schüler und Scribenten.

3737 waren Frauen, nämlich 1050 Handwerker- und Arbeiter-Frauen, 304 Frauen von Angestellten, 1832 Dienstmädchen und Näherinnen, 425 Fabrikarbeiterinnen und Taglöhnerinnen, 126 weibliche Angestellte und Schülerinnen.

Der Rest mit 1711 waren Kinder.

In München waren theils ständig, theils vorübergehend wohnhaft 9958, die übrigen 925 waren zugereist und sind sofort von hier wieder abgegangen.

Der tägliche Zugang neuer Kranken betrug im Durchschnitt 43, die tägliche durchschnittliche Frequenz war 112.

Unter den 10883 Krankheiten waren nach dem Schema des kaiserl. Gesundheitsamtes ausgeschieden: 32 Entwickelungskrankheiten, 1199 Infections- und allgemeine Krankheiten (darunter 31 Erysipele, 119 bösartige Neubildungen, 364 Gonorrhoen, 60 primäre, 362 constitutionelle Syphilis), 26 Krankheiten des Nervensystems, 2046 Ohrenkrankheiten, 171 Krankheiten der Athmungsorgane (darunter 53 Krankheiten der Nase, des Halses und Adnexa, und 110 mal Kropf), 537 Krankheiten der Circulationsorgane, 158 Krankheiten des Verdauungsapparates (darunter 10 eingeklemmte und 150 freie Hernien), 112 Krankheiten der Geschlechtsorgane, 2685 Krankheiten der äusseren Bedeckungen, 727 Krankheiten der Bewegungsorgane, 2180 mechanische Verletzungen (darunter 174 Frakturen und 52 Luxationen), und 1010 anderweitige Erkrankungen, wofür im genannten Schema eine Rubrik nicht vorgesehen ist.

Ueber die operative Thätigkeit an der chirurgischen Poliklinik möge nachstehende Zusammenstellung, in der eine sehr grosse Anzahl kleinerer chirurgischer Eingriffe nicht aufgenommen ist, Aufschluss geben:

Kopf. Operation von Lippeneinkniff 1, der Hasenscharte 4, von Abscessen und Nekrosen des Schädeldaches 4, des Oberkiefers 1, des Unterkiefers 5, Trepanation des Schädels wegen Depressionsfractur 1, des Warzenfortsatzes 17, Extraction des Ramus supraorbitalis nerv. trigeminus (nach Thiersch) 1, des Ramus infraorbitalis nerv. trigem. (nach Thiersch) 2. Operation der Zahnfistel 11. Exstirpation von Carcinom des Schädels 1, von Zahnkystomeu 1. Cauterisation von Lupus faciei 4. von Naevus vasculosus 1, von Angiom des Gesichts 1. Exstirpation von Atheromen 20, von Angiomen der Zunge) 1, (des Kopfes) 1, (des Schädels) 1, von Lipomen der Stirn 1, von Fibromen des Gesichtes 1, von Naevus pigmentosus 1. von Sarkomen der Parotis 2. von Dermoidcysten 2, von Carcinom des Augenlides 2, der Nase 1, der Unterlippe 8, der Zunge 1, des Ohres 1, von Sarkomen der Wange 2. Excision der Epulis 3, der Ranula 2, eines Zungenfibroms 1. Evidement des Othaematoms 1. Amputation der Zunge wegen Cavernom 1. Staphylorrhaphie 2. Trepanation der Stirnhöhle wegen Empyem 1. Palliativoperation von Carcinomen der Orbita 1, der Zunge 1, des Ohres 2, von Sarkomen der Nase 1, der Tonsille 1. Extraction von Fremdkörpern des Ohres 4, des Schädeldaches 1. Exstirpation (Extraction) von Polypen der Nase 1, Paracentese des Trommelfells 21, Exstirpation von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 57, Zahnnarkosen 14, Onkotomien und Evidements an Kopf und Gesicht 18. Eröffnung der Highmorshöhle wegen Empyem 1. Plastik im Gesicht wegen Defect nach Phosphornekrose 1, wegen Lupus 1. Operation von Ektropion des Augenlides 2. Resection des Unterkiefers wegen Fibrom 1. Unterbindung der Carotis externa und lingualis wegen Cavernoms der Zunge 1.

Hals. Onkotomieen 25, Tonsillotomie 17. Palliativoperation der Aktinomykose 1. Exstirpation von Struma cystica 3, von Struma parenchymatosa 5. Spaltung und Drainage der Struma cystica 1. Tracheotomie wegen Carcinom der Schilddrüse 1, wegen Fremdkörper des Larynx 1. Cauterisation von Lupus 1. Exstirpation von Sarkom 1, Angiom 2, Lymphangiom 2, Atherom 2, Lymphosarkom 1, von Keloid 1.

Rumpf. Onkotomie (Achselhöhlen, Glutäal-Wirbelsäule-Abscesse, paratyphlitische, perinephritische Abscesse) 13. Ausräumung der Achselhöhle wegen chronischer Drüseneiterung 1. Rippenresection wegen Empyem 3, wegen Nekrose und Caries 2. Sequestrotomie am Sternum 1. Operation von Mastitis 6. Palliativoperation von Drüsencarcinom 1. Exstirpation von Atheroma mammae 2, Fibroadenoma mammae 3, Sarcoma mammae 2, Carcinoma mammae 9, von Mastitis tuberculosa 1. Excision von Fremdkörpern der Mamma 2, einer epithelialen Steisscyste 1. Reposition incarcerirter Hernien (inguinal) 1, (crural) 2, Herniotomien (inguinal) 1, (crural) 5. Radicaloperation freier Hernien (inguinal) 5, (crural) 1, von Hernien der Linea alba 3. Darmresection wegen Anus praeternaturalis 2. Exstirpation eines Adenoms des Rückens 1. Operation von Bubo inguinalis 5, von Phimosis 6, von Paraphimose 4. Punction der Hydrocele 15. Radicaloperation der Hydrocele 5. Keilexcision einer Elephantiasis penis 1, einer Elephantiasis glutaealis 1. Exstirpation eines Angioms der Schamlippe 1, der Harnröhre 1. Exstirpation eines Lipoms der Schulter 1, eines Naevus pigmentosus der Inguinalgegend 1. Excision von Fremdkörpern des Gesässes 1, Incision der Eiterniere 1. Urethrotomie wegen Zerreissung der Harnröhre 1, wegen Strictur der Harnröhre 1, Dilatation der weiblichen Harnröhre wegen Urethritis ulcerosa 1. Hoher Steinschnitt wegen Stein 2. Extraction eines Blasensteines mit Dilatation der Urethra 1. Operation der Mastdarmfistel 5. Dilatation carcinomatöser Rectalstricturen 1. Amputation des carcinomatösen Rectum (nach Kocher) 2.

Obere Extremität. Exarticulation eines überzähligen Fingers 5. Onkotomie 4. Exstirpation von Ganglien 4. Discision von Ganglien 1. Excision der Palmarfascie wegen Dupuytren'scher Contractur 1, von Enchondrom der Finger 2, Angiom der Finger 1, eines Cholesteatoms der Hand 1, Sehnennähte an Hand und Vorderarm 8. Exstirpation des Sehnenscheidenfungus 3. Excision von Fremdkörpern der Hand 27. Operationen an den Fingern (Operation der Phlegmone, Amputation, Exarticulation, Resectionen, Plastiken wegen Verletzungen und Nekrosen) 25. Amputation des Vorderarmes wegen Carcinom der Hand 1. Resectio cubiti (atypisch) wegen Fungus 2. Sequestrotomie am Humerus 1, am Vorderarm 1. Operation einer Pseudarthrose am Vorderarm 1. Resection des Handgelenkes wegen Fungus 2. Reposition (unblutige) des luxirten Humerus (praeglenoidal) 7, (retroglenoidal) 1. Reposition des luxirten Vorderarmes (unblutig) 1. Plastik an der Hand wegen Verbrennung 1. Exstirpation einer Oberarmcyste 1, von Lupus des Vorderarmes 1.

Untere Extremität. Achillotenotomie 5. Redressement des Pes varus 5. Excisionen von Unguis incarnatus 12. Onkotomie 6. Evidement fungöser Knochenherde am Unterschenkel und Fuss 18. Osteotomie des Oberschenkels wegen Genu valgum (nach Mac Ewen) 3, des Unterschenkels wegen Genu varum 1. Osteoklase nach Rizzoli wegen rachitischer Verkrümmung des Unterschenkels 2. Punction und Ausspülung des Kniegelenkez 2. Redressement des Genu valgum 4. Brisement des Kniegelenkes wegen Contractur 3, des Fussgelenkes 1. Arthrectomie und Resection des Kniegelenkes wegen Fungus 5. Atypische Resection des Fussgelenkes 3. Exstirpation des präpatellaren Hygroma 1, eines Fibrosarkoms des Unterschenkels 1. eines Fibroms der Zehe 1. Sequestrotomie am Oberschenkel 2, am Unterschenkel 3. Trepanation des Femur wegen acuter infectiöser Osteomyelitis 1, der Tibia (wegen acuter infectiöser Osteomyelitis) 1. Excision von Gelenkmäusen des Kniegelenkes 2. Amputation des Oberschenkels wegen Fungus 1, wegen Osteosarkom des Unterschenkels 1. Reamputatio femoris 2. Exstirpation einer Dupuytren'schen Exostose 1, eines Sehnenscheidensarkoms des Unterschenkels 1, eines Carcinoms des Fusses 1.

Als Assistenzärzte fungirten Herr Dr. Ludwig v. Stubenrauch, Herr Dr. Ludwig Horn und Herr Dr. August v. Pracher. Genannten Herren sage ich an dieser Stelle für ihre Thätigkeit meinen verbindlichsten Dank. — Die Abtheilung für Nasen- und Ohrenleiden hatte Herr Privatdocent Dr. Haug, die Abtheilung für Haut- und Geschlechtsleiden Herr Privatdocent Dr. Kopp die Güte zu besorgen. Eine grössere Anzahl von Zahnpatienten wurde von Herrn Privatdocent Hofzahnarzt Dr. Weil in Behandlung genommen.

Referate und Bücheranzeigen.

C. v. Kupffer: Studien zur vergleichenden Entwicklungsgeschichte des Kopfes der Kranioten. 2. Heft. Die Entwicklung des Kopfes von Ammocötes Planeri. 1894. München und Leipzig. Verlag von J. F. Lehmann.

In dem neu erschienenen Heft seiner „Studien" behandelt Verf. die Kopfentwicklung eines Cyclostomen, des kleinen Neunauges, Petromyzon Planeri. Die Cyclostomen stehen bekanntlich wegen ihres primitiven Körperbaues (Mangel der Kiefer, Besitz einer unpaaren Nase) im System noch unter den echten Fischen, den Euichthyes, und repräsentiren die niederste Classe der Kranioten. Die Untersuchung des Gehirns beim Ammocötes (= Larve des Neunauges) ergab, dass sich die Anlage dieses Organs im Wesentlichen ebenso in hintereinander gelegene Hauptabschnitte gliedert, wie es v. Kupffer beim Stör gefunden. Zuerst erscheint eine Zweigliederung in ein Vor- und Nachhirn, und sodann wird das Vorhirn durch einen hinter der Zirbel auftretenden Wulst in das Vorder- und Mittelhirn geschieden. Bei dieser Dreigliederung hat es alsdann sein Bewenden. Am Dache des Vorderhirns erscheinen 2 Hervorwölbungen, „die nach ihrer Lage dem Pallium eines unpaarigen Grosshirnbläschens und einer Nebenhirnblase entsprechen". Auffallenderweise aber erfahren beim Ammocötes die Anlagen dieser medianen Organe des Vorderhirns alsbald wieder eine Rückbildung, so „dass ein unpaares Grosshirnbläs-

chen überhaupt nicht zur Ausbildung kommt". Es ist früher von anderer Seite (Dohrn) der Versuch gemacht worden, die Cyclostomen ihrer primitiven Stellung im System zu entkleiden und sie als rückgebildete, degenerirte Fische zu deuten. In dem mitgetheilten Befund v. Kupffer's könnte man einen Beleg für eine solche Ansicht erblicken, jedoch mit Unrecht: der Umstand, dass die unpaare Riechplatte der Cyclostomen sich bei den Fischen und übrigen höheren Wirbelthieren (Amphirhinen) inmitten der paarigen Riechorgane als vergängliches Rudiment anlegt, beweist vielmehr, dass sie von den ersteren her auf die letzteren sich vererbt hat, dass also die ersteren Vorläufer der letzteren sind. Dass Rückbildungen am Vorderhirn des Ammocötes auftreten, ist im Uebrigen nicht zu verwundern, erfahren doch auch die Linse und die secundäre Augenblase Hemmungen, ja eine zeitweilige Rückbildung ihrer Entwicklung. Die Ursache für alle diese Erscheinungen ist offenbar darin zu suchen, dass bei den jungen, im Schlamme lebenden Larven die Organe des Vorderhirns den Folgen des Nichtgebrauchs unterliegen.

Von allgemeinerem Interesse ist ferner der Befund, dass in jüngeren Stadien des Ammocötes vor der Stelle des definitiven Mundes sich noch ein beträchtlicher Theil des Darmes vorfindet, ein präoraler Darm, der wie der postorale sich in Kiementaschen (mindestens 3 Paare) gliedert, Visceralbogen und Aortenbogen besitzt und sich später wieder rückbildet. Direct gegen das blinde Vorderende dieses präoralen Darmstückes erfolgt vom Ektoderm aus die Einbuchtung der Hypophysis, ähnlich wie die ektodermale Mundbucht sich gegen den Vorderdarm einstülpt. v. Kupffer betrachtet, wie schon früher an dieser Stelle berichtet, die Hypophyse in der That als einen ursprünglichen Wirbelthiermund, als ein Paläostoma und sieht den jetzt functionirenden Mund als ein später erworbenes Organ, als ein Neostoma an, das hinter dem ursprünglichen Vorderende des Darmes, an dessen ventraler Seite, als Einstülpung auftrat. Ein schöner Beleg für diese Auffassung ist der weitere Umstand, dass sich für das „Paläostoma" auch eine dem Unterkiefer vergleichbare Bildung fand: Die Entwicklung der Schädelbalken des Ammocötes beginnt innerhalb des vordersten präoralen Visceralbogens, „sind dieselben bis über das Hirn hinaus nach vorn gewachsen, so verschmelzen sie miteinander in der Mittellinie" und zwar ventral von der Hypophyse. Noch sei erwähnt, dass Verf. die Augenmuskeln des 6 mm langen Ammocötes von den präoralen Visceralbögen ableitet.

Das Schlusscapitel behandelt die Entwicklung der Kopfnerven im Allgemeinen und soll, da es eine Einleitung für das in Vorbereitung begriffene 3. Heft bildet, in Verbindung mit diesem später besprochen werden. Rückert.

Heinzelmann, Curarzt in Reichenhall und Gardone Riviera:

1) **Ueber den Umgang mit Tuberculösen.** Zeitschrift für Krankenpflege, 1894, No. 6.

2) **Die Krankenpflege Tuberculöser.** Zeitschrift für Krankenpflege, 1894, No. 12.

3) **Ueber wünschenswerthe Vervollkommnung der Lungentuberculosebehandlung in offenen Curorten.** Wiener medicinische Presse, 1894, No. 30.

Der durch schriftstellerische Arbeiten auf dem Gebiete der Lungentuberculose bereits bestens bekannte Verfasser (s. Münchener med. Wochenschrift, 1893, No. 13 und 1894, No. 5) gibt in den vorliegenden Abhandlungen werthvolle Rathschläge, nach welchen Richtungen hin der Umgang, die Pflege und die Behandlung der Tuberculösen gehandhabt und vervollkommnet werden solle. Die Ausführungen erhalten ein eigenartiges Gepräge und eine besondere Bedeutung durch den Umstand, dass der Autor durch jahrelange Thätigkeit als Assistent an der oberbayerischen Kreisirrenanstalt eine vorzügliche psychiatrische Durchbildung besitzt und nun mit grossem Geschick und feiner Beobachtung die zahlreichen, wenn auch meist nur leichten psychischen Alterationen der Phthisiker analysirt und auf deren Würdigung als grundlegend für eine richtige Leitung der Kranken durch den Arzt hinweist. Es ist dem Verfasser bedingungslos zuzugeben, dass unbeschadet der Wichtigkeit, welche günstige klimatische Verhältnisse und reichliche Luftzufuhr für den tuberculös Kranken haben, der Schwerpunkt der Behandlung dennoch nicht darin, sondern in einem umfassenden, die grosse Reizbarkeit der Functionen des Herzens, der Lunge und des Gehirnes der Tuberculösen nach allen Seiten hin richtig berücksichtigenden körperlichen und geistigen Regime zu suchen sei.

Gewiss ist ständige Zufuhr von reichlichen Quantitäten reiner, staubfreier Luft, wenn möglich der ausgiebigste Aufenthalt der Kranken im Freien ein überaus mächtiger Heilfactor in der Tuberculosebehandlung. Aber nicht minder wichtig ist die Stärkung des Willens des Kranken, dass er sich den Plagen einer vielleicht indicirten Uebererernährung unterziehe, den Verlockungen zu schädlichen geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen widerstehe, ist die Bewahrung des Kranken vor unnöthigen Aufregungen durch eine vielleicht gutmüthige, aber täppische und tactlose Krankenpflege durch einen Verkehr mit Leuten, die von der sensiblen Constitution eines Tuberculösen keinen Begriff haben und den Maassstab ihres gesundheitsstrotzenden Organismus an den nur in labilem Gleichgewichte befindlichen Körper des Tuberculösen anlegen wollen. Es ist keine Frage, dass ein mit psychiatrischer Bildung und psychiatrischer Geduld ausgestatteter Arzt den mannigfachen Ansprüchen, welche in dieser Beziehung die Psyche der Tuberculösen erhebt, besonders glücklich wird gerecht werden können, wenngleich jeder mit dem nöthigen Tactgefühl begabte Arzt sich in der Behandlung der Tuberculose allmählich die hier nöthigen Kenntnisse erwerben wird. Aber gerade zur Verallgemeinerung dieser Kenntnisse sind Ausführungen aus so sachkundiger Feder, wie der des in Rede stehenden Autors, mit grossem Danke zu begrüssen. Sie werden die Ueberzeugung immer mehr festigen, dass die Tuberculosebehandlung nicht allein eine Wissenschaft, sondern vielfach auch eine individualisirende Kunst ist und dass sie vor Allem von dem Arzt einen innigen Connex mit den Kranken und eine selbstlose und aufopfernde Hingabe für deren Wohl verlangt.

Moritz-München.

Th. Kocher: Chirurgische Operationslehre. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Jena, Verlag von G. Fischer, 1894.

Die gute Prognose, die wir der Kocher'schen Operationslehre bei ihrem ersten Erscheinen gestellt haben, hat sich erfüllt. Schon nach kurzer Zeit ist eine neue Auflage erschienen, und diese neue Auflage ist noch ungleich viel brauchbarer als die alte. Sie hat nicht nur an Umfang zugenommen, es sind vielmehr auch die Zeichnungen vollkommen umgearbeitet worden.

Ich wüsste kein besseres Buch zur Orientirung für den praktischen Arzt, der gezwungen ist, eine Operation auszuführen, und kann desshalb dem Buche nur die weiteste Verbreitung wünschen.

Der Arzt findet in dem Buche zunächst eine kurze, aber praktische Unterweisung zur Narkose und zur Wundbehandlung, dann wird er über die Wahl der Schnittrichtung, auf die es ja sehr wesentlich ankommt, aufgeklärt, indem die einzelnen Schnittrichtungen durch ausgezeichnete „Tafeln der Normalschnitte" versinnbildlicht werden.

Nun folgt die specielle Operationslehre, die auch wiederum in ausgezeichneter Darstellung gegeben, durch vorzügliche Bilder illustrirt ist.

Folgt man genau den Kocher'schen Vorschriften, so kommt man sicher und gut zum Ziele. Besonders soll auch auf die vorzüglichen topographisch-anatomischen Darstellungen hingewiesen werden, die mit einem Blick alles Wesentliche erkennen lassen.

Dass die Literatur nicht so ausgiebig benützt ist, als vielleicht manche wünchen, halten wir eher für einen Vorzug, als für einen Nachtheil des Buches. Für denjenigen, der sich nach einem solchen Buche richten muss, ist es viel besser, es wird ihm eine bewährte Methode als die beste geschildert, als dass ihm die Wahl aus mehreren Methoden überlassen wird.

Hoffa-Würzburg.

Dr. **H. Albrecht: Handbuch der praktischen Gewerbehygiene.** Berlin, Oppenheim.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachleute, medicinischer namentlich technischer Richtung, hat es Verfasser unternommen, ein Werk herauszugeben, das namentlich den Techniker in den modernen Anschauungen der Gewerbehygiene einführen und ihm die Mittel an die Hand geben soll, unzweckmässige Einrichtungen zu vermeiden, resp. zu erkennen und ihnen abzuhelfen. Die Fabrikaufsichtsbeamten, die berufsgenossenschaftlichen Beamten und die Betriebsunternehmer sollen aus dem Buche volle Belehrung schöpfen, Aerzten und Medicinalbeamten soll die Darstellung eine Ergänzung der rein hygienischen Schriften nach der technischen Seite bilden.

Referent glaubt, dass diese Ziele des Buches vollkommen erreicht sind.

Der erste Abschnitt von Dr. Villaret „Gesundheitsschädliche Einflüsse beim Gewerbebetrieb" gibt dem Nichtmediciner eine geschickt geschriebene Darstellung der Elemente der Gewerbepathologie, ausgehend von einer kurzen Darstellung der physiologischen Verhältnisse.

Ist diese gedrängte Darstellung auch für den Fachmann nicht als erschöpfend anzusehen und bringt dieselbe wenig Eigenes, so wird sie doch durch ihre Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Arbeiten des Gebietes auch für den Arzt eine recht brauchbare Orientirung oder Recapitulirung darstellen und durch Litteraturangaben auch Anregung zu weiterem Eindringen geben. Die philologischen Erklärungen von Worten wie Trachea, Prophylaxe, Smirgel hätten wohl ohne Schaden wegbleiben können. Wer nicht weiss, was z. B. Prophylaxe bedeutet, wird nicht leicht dadurch belehrt, dass er mit griechischen Lettern gedruckte Worte in den Fussnoten findet, und dass der Smirgel von griechisch σμυρις = „eine Abart des Korund" seinen Namen herleitet, ist wohl interessant, hat aber doch mit Fabrikhygiene nichts zu thun. Selbstverständlich berührt diese einen rein äusserlichen Punkt treffende Bemerkung den Werth der Darstellung in keiner Weise.

An einen kurzen lesenswerthen Abschnitt von Albrecht, „Wesen und Bedeutung des Betriebsunfalles", schliesst sich eine ausführliche Darstellung von Oppermann, „Bau von Fabriken und Werkstätten", die mit zahlreichen Illustrationen versehen, in ausserordentlich eingehender Weise sein Thema inclusive Beleuchtung und Feuersicherheit behandelt. Mit einer ausführlichen Arbeit von Hartmann, „Heizung und Lüftung der Arbeitsräume", die in sehr entsprechender, durch zahlreiche Abbildungen veranschaulichter Weise ihr wichtiges Thema behandelt, schliesst die zweite bisher vorliegende Lieferung des Buches, von dem noch zwei Lieferungen in Aussicht genommen sind, die sich namentlich mit der Frage der Verhütung der Einathmung von Staub, der speciellen Gewerbehygiene und der Unfallverhütung und Arbeiterschutz-Gesetzgebung beschäftigen werden. Das vollendete Buch wird jedenfalls in vorzüglicher Weise dazu beitragen, der Fabrikpraxis die Fortschritte der hygienischen Erkenntniss auf medicinischem wie auf technischem Gebiete nutzbar zu machen. Der Schwerpunkt des Werkes liegt — der Tendenz des Herausgebers nach — in der technischen Seite, und hier werden alle Aerzte und Hygieniker, die sich mit Fabriken beschäftigen, die eingehendste Belehrung finden. K. B. Lehmann-Würzburg.

Neueste Journalliteratur.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 2.

1) C. A. Ewald-Berlin: **Ueber einen durch die Schilddrüsentherapie geheilten Fall von Myxödem nebst Erfahrungen über anderweitige Anwendung von Thyreoideapräparaten.**

S. Verhandlungen der Berl. med. Gesellschaft, d. W. 1894, No. 30.

2) Remak-Berlin: **Zur Pathologie und Therapie der progressiven Bulbärparalyse.**

R. weist auf Grund einer Beobachtung von Neuem darauf hin, dass die Betheiligung des oberen Facialisastes an der Lähmung bei der progressiven amyotrophischen Bulbärparalyse der Erwachsenen vorkommt, und nicht charakteristisch ist weder für eine asthenische Bulbärparalyse (ohne anatomischen Befund), noch für eine besondere hereditäre oder familiale Form.

Bemerkenswerth an dem Falle ist weiter, dass durch die elektrotherapeutische Behandlung die Deglutition entschieden gebessert wurde.

3) Kober-Beuthen: **Ueber vicariirende Menstruation durch die Lungen und ihre Beziehung zur Tuberculose nebst Bemerkungen über die Behandlung von Lungenblutungen.**

Verfasser sucht auf Grund einer Beobachtung wahrscheinlich zu machen, dass an Stelle der bislang regelmässig aufgetretenen Menstrualblutungen Lungenblutungen mit tödtlichen Folgeerscheinungen auftreten können. Nach des Referenten Ansicht verwechselt K. Ursache und Wirkung. Referent möchte auch bezweifeln, ob der von K. neu gegebene Rath, bei Hämoptoë Brechmittel zu geben, viele Anhänger finden wird.

4) Jolly-Berlin: **Nachtrag zu dem Aufsatz über Myasthenia gravis pseudoparalytica.** (S. vor. Nr.)

Bringt noch einige Curven.

5) T. Rosenberg-Berlin: **Eine neue Methode der allgemeinen Narkose (Schluss).**

S. Verhandl. der Berliner med. Gesellschaft 1894, No. 47 u. 49. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895, No. 2.

1) Widerhofer: **Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie.** Bereits referirt in dem „Wiener Brief" in No. 1 d. W. (Aus dem St. Annen-Kinderhospital in Wien.)

2) F. Trendelenburg: **Ueber den Gang bei angeborener Hüftgelenks-Luxation.** (Aus der chirurg. Universitäts-Klinik in Bonn.)

Verfasser bespricht die charakteristische Form des Ganges: Entgegengesetzte Schaukelbewegungen des Oberkörpers einerseits, des Beckens andererseits —, wie er auch bei der progressiven Muskelatrophie beobachtet wird, die Entstehung desselben, durch mangelhafte oder ganz ausgefallene Function des Glutäus medius und minimus und den dadurch bedingten Mangel der activen Abduction im Hüftgelenk und endlich die aus diesen Thatsachen für die Behandlung des Leidens sich ergebenden Schlüsse.

3) Ribbert: **Ueber die Entstehung der Geschwülste.** (Fortsetzung); wird nach Beendigung des Artikels referirt.

4) Th. Rosenheim: **Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten.** Aus der III. med. Klinik Prof. Senator. Berlin. (Fortsetzung.)

5) C. Göbel: **Ueber Diphtherie-Recidiv bei Behandlung mit Behring's Heilserum.** Aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, Abtheilung Dr. Schede. (Siehe No. 3 dieser Wochenschrift.)

6) B. Goldenberg: **Ueber die Peritonitis chronica fibrosa.** Aus dem Odessaer Stadthospital.

Mittheilung zweier Fälle von chronischer Bauchfellentzündung, die für maligne Darmneubildungen mit Metastasirung im Bauchfell imponirten und sich bei der Section als Peritonitis chronica fibrosa erwiesen. Hieran reiht Verfasser einige Worte über Differential-Diagnose, Prognose (in beiden Fällen sehr ernst) und Therapie (symptomatisch).

7) Kirchgässer: **Entfernung einer 7½ cm langen und 1½ cm breiten Messerklinge aus dem rechten Oberkiefer, 9 Jahre nach der Verletzung.** Aus dem Knappschaftslazareth in Neunkirchen.

Der Fremdkörper verursachte erst seit einiger Zeit Beschwerden: Kopfschmerzen und stinkenden Ausfluss aus dem rechten Nasenloch; dieselben verschwanden nach operativer Beseitigung des Fremdkörpers. Eisenhart-München.

Zeitschrift für klinische Medicin. 27. Band, 1. und 2. Heft.

Nekrolog auf Prof. O. Fraentzel von Leyden mit Portrait des Verstorbenen.

1) S. Talma-Utrecht: **Ueber Hydrops inflammatorius.**

Verfasser spricht einen Hydrops als Hydrops inflammatorius an, wenn derselbe nicht Folge von Herz- oder Nierenleiden ist, ferner die Ansammlung von seröser Flüssigkeit in den Lymphsäcken das hervorragendste Symptom bildet und eine „secretorische Reizung" zu Grunde liegt. Derselbe ist entweder allgemein oder auf ein oder einige Organe beschränkt, wie der des Peritoneums und der Weichtheile bei Rhachitis. Er entsteht im Anschluss an acute Infectionskrankheiten und an Erkrankungen des Darms in Folge von Erkältung und bei Kachexien wahrscheinlich auch durch „lymphtreibende" Producte von Bakterien, wie durch das von Hamburger in einem Falle in dem Hydrops peritonei gefundene „Bact. lymphagogon". Hiezu einige Krankengeschichten. Besonders häufig ist nach Verfasser der Hydrops inflammatorius peritonei, manchmal im Anschluss an Influenza, ferner auch namentlich in Folge von Alkoholismus. Dabei fehlt meistens die Schmerzhaftigkeit des Abdomens völlig und ist auch das specifische Gewicht der Flüssigkeit oft unter 1014. Das gleichzeitige Bestehen von Leber- und Milzaffectionen kann die Diagnose erschweren; nach Verfasser ist häufig die „Peritonitis serosa" das Primäre, da nach operativer Entfernung der Flüssigkeit sich dieselbe oft nicht regenerirt, wozu Verfasser 2 Fälle mittheilt, bei welchen bis zum Tode kein Wiederersatz der Flüssigkeit stattgefunden hatte. Zur Therapie empfiehlt Verfasser bei Ausgang der Peritonitis von Darmerkrankungen Kalomel, bei sehr heftigen Diarrhoen und bei Darmgeschwüren Argentum nitr. (bei Kindern 3mal 0,01, täglich in Wasser gelöst, bei Erwachsenen 0,1 pro die in Pillen) bei

chronischen Diarrhoen, Tannin. Sehr gute Erfolge hatte Verfasser von der Punction, auch bei Pleuritis mit Anasarka, da mit der Flüssigkeit auch die darin enthaltenen phlogogenen Stoffe entfernt werden. Verfasser lässt häufig die Flüssigkeit gleich nach der Punction mit einem dicken Troicart direct aus der Bauchwunde in den Verband ausfliessen. Häufig muss die Punction wiederholt werden oder hilft nur die Laparotomie.

2) H. Strauss-Giessen: **Ueber Magengährungen und deren diagnostische Bedeutung.** (Fortsetzung.)

Verfasser kommt durch seine weiteren, den im ersten Artikel beschriebenen analogen Versuche über Gasgährung zu folgenden Resultaten: Ueberall wo Gasgährung im menschlichen Magen in stärkerem Grade vorhanden ist, findet man reichliche Mengen sprossender Hefe, sowie auch Sarcine; absolutes Fehlen von Zucker im Mageninhalte ist sehr selten. Die Hefe gedeiht bei leicht alkalischer, bei neutraler, bei schwachsaurer und bei relativ starksaurer Reaction (bei ziemlichen Mengen freier HCl). Carcinom und seine Producte beeinflussen die Hefegährung nicht. Durch Vermehrung der Hefezellen lässt sich in einem Gährungsgemisch der Ablauf der Gährung, die auch von wenig Hefezellen in längerer Zeit gerade so bewältigt wird, sehr beschleunigen. Die stärkere Ansammlung von Gährungserregern kommt durch motorische Insufficienz des Magens, welche eine Stagnation des Inhalts oder Vermehrung der Hefezellen gestattet, zu Stande: da bei 13 Fällen des Verfassers, in welchen der Magen Morgens nüchtern leer war oder nicht mehr als 20 ccm enthielt ohne makroskopisch erkennbare Speisereste, keine Gährung oder nur 1/4 Röhre nach mehrtägigem Stehen, und bei den anderen 8 Fällen derselben Art erst nach Ablauf von mindestens 48 Stunden 1/2 bis eine ganze Röhre erhalten wurde, während bei 9 Fällen mit morgendlichem Inhalt über 20 ccm (worunter 3 mit mehr als 250 ccm und deutlich makroskopisch erkennbaren Speiseresten) innerhalb 24 Stunden und weniger eine Gasgährung von einer ganzen Röhre erhalten wurde. Es lässt sich demnach aus der Gasgährung auf eine motorische Insufficienz und aus der Stärke bezw. der Schnelligkeit der Gasgährung auf den Grad der Insufficienz schliessen.

Was nun die Milchsäuregährung betrifft, so scheint dazu keine so grosse Stagnation des Inhaltes erforderlich zu sein, wie bei der Gasgährung, während das Fehlen von HCl bei der Milchsäuregährung von besonderer Wichtigkeit ist. Bei Pyloruscarcinomen sind meist beide Grundbedingungen vorhanden, während bei an anderer Stelle des Magens sitzenden Carcinome oft nur geringgradige motorische Insufficienz und damit nur langsam fortschreitende Consumption beobachtet wird. Wenn bei 2 Fällen von Carcinom des Verfassers vorübergehend die Menge der freien Salzsäure nicht oder nur wenig vermindert ist, gelingt auch der Milchsäurenachweis mit der Uffelmann'schen Reaction nur undeutlich oder gar nicht. Bei einem Fall von Carcinom an der kleinen Curvatur und am Fundus und völliger Abwesenheit von HCl fand Verfasser trotz ziemlich guter motorischer Function ziemliche Mengen von Milchsäure, was Verfasser daraus erklärt, dass durch die Peristaltik des Magens wohl die breiigen und festeren Contenta entfernt werden konnten, aber nicht die in den Buchten und Klüften des Carcinoms sich ansammelnden Mikroorganismen, da das Carcinom der Peristaltik gegenüber wie eine starre Platte sich verhält. Diese Vermuthung wurde auch durch die nach Zuckerzusatz sehr starke Gasgährung gestützt. Es ist also die Stagnation für sämmtliche Gährungen im Magen das wesentliche ursächliche Moment, für die Milchsäure ist dazu noch das Fehlen resp. die Verminderung der freien Salzsäure erforderlich, weshalb sie ein für Carcinom sehr wichtiges, wenn auch nicht pathognomonisches Zeichen ist.

3) M. Sternberg: **Beiträge zur Kenntniss der Akromegalie.** (Aus dem Mariahilfer Ambulatorium und dem Anatomischen Institute in Wien.)

Verfasser bespricht zuerst verschiedene in der Literatur beschriebene Fälle von Akromegalie, welche als eigenes Krankheitsbild von Marie aufgestellt und von der damit zu verwechselnden Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique trennte. Während bei letzterer bedeutende Deformirung der Hände, Nägel und Epiphysen der langen Röhrenknochen (Trommelschlägelfinger, papageienschnabelförmige Nägel), sowie Verdickung des Alveolarrandes des Oberkiefers sich findet, dagegen Kyphose, Verlängerung des Gesichtes, Vergrösserung der Zunge und des Unterkiefers, Verdickungen der Lippen fehlen und sämmtliche Veränderungen secundär im Gefolge von Lungenkrankheiten (daher „pneumique") sowie (einige Male) auch bei Lues, Pyelonephritis und Cystitis gefunden werden, sind bei Akromegalie keine Verunstaltungen, sondern nur eine Vergrösserung und gleichmässige Verdickung der Knochen, sowie die oben geschilderten Veränderungen der Zunge, des Gesichtes, Unterkiefers und der Lippen, ferner häufig eine Vergrösserung der Hypophysis cerebri mit davon abhängender Stauungspapille, Neuritis optica, einfacher Opticusatrophie, Hemianopsie vorhanden. Die pathologisch anatomischen Veränderungen der Akromegalie sind also an den Knochen Plumpheit derselben, starke Rauhigkeiten der Muskel- und Bänderansätze, Erweiterung der Gefässfurchen, Vergrösserung des Unterkiefers, Ausweitung der Sella turcica, Krümmung der Wirbelsäule, an den Arterien Verdickung der Intima, Schwund der Muskeln, Vermehrung der interstitiellen Elemente und Erweiterung des Lumens, von diesen Gefässveränderungen abhängig Herzhypertrophie und Dilatation, am Nervensystem: Vergrösserung des Gehirns und Rückenmarkes, Sclerosirungen in den Hintersträngen und hintern Wurzeln und peripheren Nerven, an den Muskeln Degeneration und Atrophie, an der Haut, dem Unterhautbindegewebe, an der Schleimhaut der Zunge, des Gaumens und des Kehlkopfes, den lymphatischen Apparaten Hyperplasie, an den inneren Organen Stauungen und parenchymatöse Degeneration, namentlich an den Nieren, als parenchymatöse und interstitielle Nephritis, häufig Vergrösserung der Thymusreste, an der Hypophyse Hypertrophie mit Degeneration und Neubildungen derselben. Von den klinischen Erscheinungen sind ausser den oben genannten regelmässig vorhandenen, häufig Impotenz, Sensibilitätsstörungen, Polyurie, Glycosurie, dem entsprechend Polydipsie und Polyphagie, Herzklopfen, Athembeschwerden, allgemeine Mattigkeit, Gemüthsdepression zu erwähnen. Von Marie und Anderen wurde die Hypertrophie der Hypophyse als causales Moment angesprochen, während Klebs, Arnold u. A. dieselbe als blosse Theilerscheinung betrachten. Den Zusammenhang zwischen Akromegalie und Riesenwuchs behandeln die Arbeiten von Langer, Bollinger u. A., Langer unterscheidet bei seinen Fällen bezüglich des Schädels „normale Riesenschädel" und „pathologische Riesenschädel", die Träger der ersten waren gesunde kräftige, die der letzteren kranke Personen, auffallend waren bei letzteren namentlich die Ausweitung der Sattelgrube, die Vergrösserung der Kiefer, der starke Prognathismus, die Verdickung der Schädelknochen, die Auftreibung der Muskelfortsätze, Verlängerung des äusseren Gehörganges, ausserdem an den Weichtheilen des Gesichtes, Verdickung derselben etc., so dass sie sicher als Fälle von Akromegalie gedeutet werden müssen. Im Ganzen sind 40 Proc. aller Riesen akromegalisch und 20 Proc. aller Akromegalischen Riesen. Zu unterscheiden von dem akromegalischen Schädel ist die Crania progenea L. Meyer's, bei welcher schwächliche Gesichtsbildung, Hypoplasie des Oberkiefers, Zartheit des Unterkiefers und schlechte Entwicklung und Stellung der Zähne besteht, so dass die unteren Schneidezähne über die oberen vorstehen, und allgemeine Hyperostose, bestehend in Entwicklung wirklicher knöcherner Tumoren am Schädel und im Gesichte, oder allgemeiner enormer Hyperplasie der Knochen, welche zu Verengerung der Nervenöffnungen und dementsprechenden klinischen Erscheinungen, Blindheit, Taubheit, Augenmuskellähmung, Facialisparese, Kau-, Schling- und Athmungsbeschwerden, Kopfschmerzen, Blödsinn, epileptiformen Krämpfen, Extremitätenlähmungen führen. Zum Schluss führt Verfasser noch einen selbst beobachteten Fall von Akromegalie bei einer 52jährigen Frau an, bei welcher besonders die Parästheseien und Schmerzen in den Extremitäten, häufig verbunden mit Anschwellung derselben, Unfähigkeit der Hände zu feineren Arbeiten, von Interesse waren und welche Verfasser nach Nothnagel's Vorgang als vasomotorische Neurosen auffasst. Zum Schluss ein ausführliches Literaturverzeichniss.

4) M. Grossmann: **Ueber die Stauungshyperämie in den Lungen.** (Aus dem Busch'schen Laboratorium in Wien.)

Verfasser entkräftet die von Löwit auf Grund von Versuchen gegen die aus seinen Blutdruckversuchen gewonnenen Resultate gemachten Einwände durch neue Versuche: indem er durch gleichzeitige Messung des Druckes im linken Vorhof, in der Art. pulmon., in der Carotis und in der Ven. jugularis zeigt, dass 1) bei Obturation des linken Vorhofes der Druck auch in der Arter. pulmon. steigt, während der Druck in der Carotis und der Ven. jugularis sinkt; 2) dass auch bei Compression der Aorta oberhalb des Zwerchfells und an der Wurzel, wenn die diastolische und systolische Accommodation des Herzens nicht mehr genügend ist, der Druck im linken Vorhof und in der Arteria pulmon. steigt, während der Druck im rechten Vorhof sinkt, also die Drucksteigerung in der Pulmonalis nicht von dem vermehrten Zufluss herrührt; 3) dasselbe stattfindet bei Drucksteigerung im linken Vorhof durch Eingiessen von Flüssigkeit; 4) ebenso bei Muscarinvergiftung die Drucksteigerung im linken Vorhof und der Art. pulmon. herrührt ausser von der Pulsverlangsamung von einer ungenügenden Herzarbeit und bei geringer Muscarinwirkung mehr steigt als bei dem durch starke Muscarinintoxication bewirkten Herzstillstand, wie beim Stillstand nach Vagusreizung, dass also die Ursache nicht eine Gefässcontraction sein kann, bei welcher ein Sinken des Druckes im linken Vorhof eintreten muss. Die damit nicht übereinstimmenden Resultate der Versuche Löwit's sind, wie aus den Curven hervorgeht, durch Gerinnungen, die in Sodamanometern leicht auftreten, veranlasst.

5) Zeehuisen: **Ueber die Bedeutung der Verdünnung des Harns bei der Untersuchung auf Eiweiss, Zucker und Gallenfarbstoff.** (Aus dem pathologischen Laboratorium in Amsterdam.)

Verfasser fasst seine Erfahrungen bezüglich der Harnuntersuchung folgendermaassen zusammen: 1) Zum Nachweiss des Eiweisses ist die Heller'sche Probe in dem auf das specifische Gewicht **1005** verdünnten Harn neben der Essigsäurekochprobe im unverdünnten Harn am meisten zu empfehlen, während das Spiegler'sche Reagens und viele andere neue Proben nicht so zuverlässige Resultate liefern. 2) Zum Nachweis des Traubenzuckers ist ebenfalls Verdünnung des Harns auf specifisches Gewicht 1005 und dann Prüfung mit frisch bereiteter Fehling'scher Lösung oder die Moore'sche Probe mit Kalilauge sehr gut. 3) Der Nachweis des Gallenfarbstoffs gelingt auch im 5—10 mal verdünnten Harn mit der Gmelin'schen Probe sicherer als im unverdünnten. Ebenso sicher ist die von Jolles angegebene Chlorbarium-Chloroformreaction, im unverdünnten Harn auszuführen. Lindemann-München.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 40. Band, 1. und 2. Heft. Leipzig, F. C. W. Vogel. Ausgegeben 20. XII. 94.

1) Weiss: **Untersuchungen über die spontane Gangrän der Extremitäten und ihre Abhängigkeit von Gefässerkrankungen** (Aus der Zoege v. Manteuffel'schen Abtheilung in Dorpat.)

Zoege v. Manteuffel hat vor einigen Jahren über mehrere Fälle von spontaner Extremitätengangrän berichtet, welche dadurch ausgezeichnet ist, dass sie relativ junge Individuen befällt, die noch keinerlei Zeichen eines Marasmus oder frühzeitigen Greisenalters darbieten. W. hat die entsprechenden Präparate nunmehr einer genauen anatomischen Untersuchung unterzogen.

Darnach erfolgt die Gangrän auf Grund eines durch Thrombose zu Stande gekommenen Verschlusses der Arterien. Die Thrombose erfolgt allmählich, von der Peripherie nach dem Centrum zu fortschreitend. Die gleichzeitig bestehende Arteriosklerose macht es nahezu sicher, dass die Thromben autochthon, auf Grund der Erkrankung der Intima, entstanden sind.

Vom Eintritt der Thrombose bis zum Ausbruch der Gangrän vergeht eine relativ lange Zeit. Es erfolgt zunächst eine Blutversorgung auf collateralem Wege, die aber wegen der endarteriitischen Veränderungen bald eine ungenügende wird.

Auch an den Venen findet sich eine mächtige endophlebitische Gefässentwicklung, wahrscheinlich zu Stande gekommen auf Grund eines Missverhältnisses zwischen der Weite des venösen Strombettes und der Menge des durchfliessenden Blutes.

Infolge der Circulationsanomalien kommt es zu schweren klinischen Erscheinungen, ferner zu Oedemen, zur Hyperplasie des Bindegewebes.

Eine kritische Analyse der unter dem Namen „Endarteriitis obliterans“ beschriebenen Fälle macht es dem Verfasser sehr wahrscheinlich, dass dieselben ebenfalls als durch thrombotische Processe bedingt gedeutet werden müssen.

2) Dreike-Dorpat: **Ein Beitrag zur Kenntniss der Länge des menschlichen Darmcanals.**

Die an 169 Leichen russischer Nationalität ausgeführten Messungen führen den Verfasser zu folgenden Ergebnissen:

Bei Kindern übt das Geschlecht keinen Einfluss auf die Darmlänge aus; unter den Erwachsenen haben die Männer einen relativ längeren Darm als die Weiber. Kinder haben einen relativ längeren Darm als Erwachsene. Der Dickdarm ist im Verhältniss zum Dünndarm bei Erwachsenen länger als bei Kindern.

Pathologische Veränderungen am Darm bewirken bei Kindern eine bedeutende Verlängerung des Darmes. Phthisiker und an marastischen Zuständen zu Grunde gegangene Individuen haben einen relativ kurzen Darm.

Ein Einfluss der Rasse auf die Darmlänge lässt sich nicht nachweisen.

3) Hildebrand: **Beitrag zur Nierenchirurgie.** (Aus der Göttinger chirurgischen Klinik.)

Aus der ausführlichen Arbeit kann nur Einiges wiedergegeben werden.

Von 13 Nierengeschwülsten betrafen 7 das kindliche Lebensalter. Keines der 7 Kinder wurde dauernd geheilt; 1 starb an der Operation, die übrigen 6 am Recidiv nach mehr oder minder langer Zeit. Von den 6 Erwachsenen überlebten nur 3 die Operation längere Zeit, und auch von diesen blieb nur einer anscheinend dauernd gesund.

Bei Hydro- und Pyonephrosen räth Verfasser, da der Zustand der anderen Niere in den meisten Fällen unbekannt ist, zunächst eine Fistel anzulegen und, falls nothwendig, secundär die Exstirpation auszuführen. Von 7 Nephrotomirten starb einer, von 4 Nephrektomirten ebenfalls einer.

Die Nierentuberculose ist nach H.'s Erfahrungen hämatogener Natur, die Blasen- bezw. Nebenhodentuberculose entsteht erst secundär. Von den 8 wegen Tuberculose nephrektomirten Kranken starben 4 nach der Operation. Von den 4 Ueberlebenden sind 3 ganz gesund geblieben (ohne Eiweiss).

Mit der Annähung der Wanderniere hat man in Göttingen gute Erfolge erzielt.

4) Colley: **Die Resection der Trachea.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Marburg.)

Gewisse Stricturen der Luftröhre lassen sich nur durch Excision der verengten Stelle beseitigen.

Thierexperimente lehrten den Verfasser, dass diese Excision am zweckmässigsten derartig erfolgt, dass nicht ein ringförmiges Stück entfernt wird, sondern dass der resecirten Partie eine Bayonettform gegeben wird. Dadurch wird die Bildung eines ringförmigen Diaphragmas verhindert. Eine prophylaktische Tracheotomie ist nicht erforderlich.

5) Berndt-Stralsund: **Protozoën in einem Leberabscess.**

B. fand in einem wahrscheinlich nach einem Typhus entstandenen operativ behandelten und geheilten Leberabscess eigenthümliche blasse Gebilde von dem 4—12fachen Durchmesser eines rothen Blutkörperchens von der verschiedensten Gestalt, zum Theil einfach, zum Theil doppelt contourirt. Dieselben sind als Amoeben aufzufassen, die doppelt contourirten als encystirte Amoeben. Eine genaue bakteriologische Untersuchung des Eiters auf Typhusbacillen u. dgl. konnte leider nicht durchgeführt werden.

6) Habs: **Die Exarticulation des Unterschenkels im Kniegelenk.** (Aus der Magdeburger Krankenanstalt Altstadt.)

H. hat über die genannte Operation bereits auf dem diesjährigen Chirurgencongress berichtet. Von 19 Patienten konnten über 16 genauere Nachrichten eingezogen werden, wonach die Resultate der Exarticulation im Kniegelenk als gute und dauernde bezeichnet werden müssen.

Bei der Ausführung bildet man einen 4eckigen vorderen Lappen mit abgestumpften Ecken, die Patella bleibt am Stumpf.

7) Franke-Braunschweig: **Ueber die Epidermoide (sogenannte Epithelcysten).**

Verfasser macht gegen Blumberg polemisirend darauf aufmerksam, dass er schon vor letzterem die Epithelcysten (Epidermoide) als eine besondere Gruppe von Geschwülsten gegenüber den Atheromen und Dermoiden beschrieben hat. Ferner hebt er hervor, dass eine traumatische Entstehung derselben in allen Fällen nicht zutreffend sein kann, sondern dass sie darauf zurückzuführen sind, dass Epithelzapfen, die ursprünglich für die Bildung von Drüsen bestimmt sind, im embryonalen Stadium abgeschnürt werden.

Krecke-München.

Archiv für Gynäkologie. 48. Band, 2. Heft, 1895.

1) M. Walthard: **Bakteriologische Untersuchungen des weiblichen Genitalsecretes in graviditate und im Puerperium.** (Aus der gebh. gyn. Universitäts-Klinik und dem bakteriol. Institut in Bern.) Mit 1 Textabbild. und 2 Tafeln.

Auf die Einzelheiten der ausführlichen und umfassenden Arbeit des Verfassers können wir hier nicht eingehen. Wir erwähnen folgende Hauptergebnisse: Das Vaginalsecret nicht touchirter Gravidae enthält nicht selten Puerperalfieberkeime (Strepto-, Staphylo-, Gonococcen, Bacterium coli); in 27 Proc. aller Untersuchten fanden sich Streptococcen, welche sich mit Ausnahme ihres pathogenen Vermögens nicht von den Streptococcen des Puerperalfiebers unterscheiden lassen. Eine Trennung des Vaginalsecrets in Beziehung auf seinen Streptococcengehalt in normales und pathologisches ist ohne Culturverfahren nicht möglich. Morphologische Componenten (Bakterien) des Vaginalsecrets können mittels Digitalexploration in die sonst bakterienfreie Cervix implantirt werden. Der Genitalcanal einer nicht touchirten Gravida zerfällt in einen bakterienhaltigen (Vestibulum, Introitus, Vagina und unterster Abschnitt des Cervicalcanals) und bakterienfreien (alle oberhalb gelegenen Theile) Abschnitt. Durch den Geburtsact bei Normal- und Spontangeburten wird das Cavum uteri nicht per vias naturales inficirt. Die Vaginalstreptococcen sind nicht virulent gegenüber gesunden, normal ernährten Genitalien einer Kreissenden, sie wirken aber als Saprophyten durch ihre Stoffwechselproducte (reine Toxämie); in Fruchtwasser werden sie nicht, in Lochien in geringem Grade virulent; durch Wachsthum in einem im Zustande der Stase befindlichen Gewebe aber erhalten sie eine sehr hohe Virulenz. Eine prophylaktische Desinfection der Vagina sub partu ist indicirt:

1) vor allen Untersuchungen und operativen Eingriffen, welche über die Grenze zwischen bakterienhaltigem und bakterienfreiem Genitalcanal hinaus (jenseits des äusseren Muttermundes) vorgenommen werden;

2) bei allen regelwidrigen Geburten;

3) bei allen Erkrankungen, welche die Resistenzfähigkeit des Gesammtorganismus beeinträchtigen (Nephritis, Lues, Diabetes, Anämien etc.).

Bei der Wahl eines Desinficiens muss neben anderem ihr positiv chemotaktisches Vermögen berücksichtigt werden, denn die Leukobezw. Phagocytose hat eine enorm reinigende Kraft. Es empfehlen sich deshalb nicht zu concentrirte Lösungen von Theerpräparaten.

2) O. Beuttner: **Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge.** (Aus der gebh. gynäk. Klinik in Bern.) Mit 4 Abbildungen.

Auf Grund eines grösseren klinischen Materials betont Verfasser, dass bei der Entscheidung der Frage, ob die Frühgeburt einzuleiten sei oder nicht, nicht grobe mechanische Verhältnisse eine Rolle spielen, sondern meist ein geringes Missverhältniss zwischen Kopf und Becken. Erst- und Mehrgebärende sind in Bezug auf diese sehr segensreiche Operation gleichmässig zu behandeln. Der Verlauf früherer Geburten ist wenig belangreich. Eine C. v. von 10 cm bildet keine Contraindication zur Einleitung der Frühgeburt. Die Fehling'sche Ansicht, wonach bei den niedrigen Graden der Beckenverengung die spontane Geburt bessere Resultate, als die künstlich eingeleitete gebe, besteht nicht zu Recht. Aus der (muthmasslichen) Schwangerschaftsdauer lässt sich nicht mit der wünschenswerthen Genauigkeit auf die Entwicklung der Frucht schliessen. Dagegen besitzen wir ein werthvolles und zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel, um auch ein geringes Missverhältniss zwischen Kopf und Becken zu erkennen und den Zeitpunkt zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt möglichst genau zu bestimmen, in dem von P. Müller angegebenen Verfahren des Einpressens des kindlichen Schädels ins Becken. Die künstliche Frühgeburt soll dann eingeleitet werden, wenn der kindliche Schädel mit seiner grössten Circumferenz bei starkem und längerem Druck von aussen auf die Schädelbasis (ev. in Narkose) eben noch den Beckeneingang passirt. Natürlich gehört

zur richtigen Ausführung des Handgriffs einige Uebung und die Beobachtung gewisser Cautelen. Das Wochenbett wird nach B.'s Beobachtungen durch Einleitung der Frühgeburt nicht ungünstig beeinflusst; wichtig scheint hier, neben der subjectiven Asepsis die Ausführung vaginaler Ausspülungen mit Sublimat (1:4000) vor der ersten inneren Untersuchung, vor der Einleitung der Frühgeburt und bei intrauterinen Eingriffen nach der Geburt. Wenn man auf die Sublimatspülung eine solche mit heissem Wasser nachfolgen lässt, scheint die Gefahr einer Sublimatintoxication ausgeschlossen.

3) S. Gottschalk-Berlin: **Ueber die spontane, durch Geschwülste bedingte Gebärmutterumstülpung.**

Im Anschluss an eine eigene interessante Beobachtung — 63jähr. Nullipara, spontane Inversion eines myomatösen Uterus — tritt G. der im Titel beregten Frage näher. Nach den Untersuchungen G.'s ist es sicher erwiesen, dass alle diejenigen Fälle, die in die Zeit nach Eintritt der Menopause bezw. in das hohe Alter fallen, sich bezüglich der mechanischen Bedingungen, die zur Umstülpung führen, in nichts von den puerperalen Formen unterscheiden. Hier wie dort ist eine vollständige Erschlaffung bezw. mangelnde Widerstandskraft des Uterus die Vorbedingung. Der Zugkraft, welche bei der puerperalen Form die Inversion einleitet und bewerkstelligt, entspricht die Zugkraft, welche die abwärts strebende Geschwulst grösstentheils durch ihre Schwere auf ihre Haftstelle ausübt. Als dritter, wichtiger Factor ist eine plötzlich einsetzende hochgradige intraabdominelle Drucksteigerung zu bezeichnen. Eine austreibende Kraft der Gebärmuttermusculatur ist für diese Kategorie von Fällen gänzlich ausgeschlossen. Aber auch bei jüngeren Individuen im geschlechtsreifen Alter, bei denen die Umstülpung begleitende Uterus-Contractionen zur Regel gehören, wirken diese nicht fördernd, sondern geradezu hemmend auf die Entstehung der Inversion, wie aus der Betrachtung des Vorgangs der Umstülpung vom physikalischen Standpunkt aus hervorgeht.

Die Behandlung der Inversion des myomatösen Uterus ist verschieden je nach der Beschaffenheit des Uterus und dem Alter der Patientin; bei Jugendlichen wird man conservativ verfahren, die Geschwulstkeime enucleiren, den Uterus auf mechanische oder blutige Weise zu reinvertiren suchen. Bei hochgradig degenerirtem Uterus und Patientinnen jenseits der Menopause wird der umgestülpte Uterus mitsammt den Tumoren entfernt; am zweckmässigsten ist hiefür im Allgemeinen die supracervicale Abtragung des invertirten Uteruskörpers.

4) V. Müller-St. Petersburg: **Ueber Parasiten im Uterus-Carcinom.** Mit 10 Abbildungen.

Durch zahlreiche, oft wiederholte von verschiedenen Fachmännern controlirte Untersuchungen hat sich M. von dem gelegentlichen Vorkommen parasitärer amöboider Organismen als Epithelzelleinschlüsse bei Uterus-Carcinom mit Bestimmtheit überzeugt. Erst wenn diese Thatsache sichergestellt und weiter studirt ist, wird die weitere Frage über die eventuelle pathogenetische Bedeutung dieser Organismen in Angriff genommen werden können.

5) L. Mandl: **Ueber Anordnung und Endigungsweise der Nerven im Ovarium.** (Aus dem histolog. Institut der k. k. Universität in Wien.) Mit 7 Abbildungen.

Die Untersuchungen des Verfassers, bei welchen thierische und menschliche Ovarien verwendet wurden, bestätigten im Allgemeinen die Angaben von Riese, v. Herff und Retzius. Insbesondere steht fest, dass das Ovarium enorm reich ist an Nerven nicht nur in der Zona vascularis, sondern auch in der Parenchymschicht. Dagegen konnte es M., in Uebereinstimmung mit Retzius, im Gegensatz zu den beiden anderen genannten Forschern, nicht gelingen Follikelnerven aufzufinden, welche in das Epithel eindringen. Die Nervenfasern umspinnen die grossen und kleinen Follikel und endigen mittelst frei auslaufender, oft sich verästelnder Fäden an und in der Wand der Follikel. Besondere Endorgane konnten nie nachgewiesen werden; ebensowenig ein Eintritt einer Nervenfaser in den Cumulus proligerus. — Der grösste Theil der Ovarialnerven sind jedenfalls Gefässnerven; ein Theil aber ist mit grosser Wahrscheinlichkeit sensibler Natur: es sind dies jene Fasern, welche von der Marksubstanz aufsteigend die Rindenzone radiär durchsetzen, um unverzweigt bis an das Keimepithel heranzutreten, ohne an Gefässen oder musculösen Elementen zu enden. Auch andere mit den Gefässen nicht in Zusammenhang tretende in der subepithelialen Zone, der Oberfläche des Ovariums parallel verlaufende Fasern dürften als sensible anzusprechen sein.

Eisenhart-München.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Berlin, 1895, Heft 1.

F. Schauta: **Ueber die Operation fixirter Blasenscheidenfisteln.**

Diejenigen Blasenscheidenfisteln, bei welchen der eine Fistelrand vollkommen fehlt und die Fistel mit ihrem medianen und proximalen Rande direct in eine dem absteigenden Schambeinaste fest und unverschieblich aufsitzende Narbe übergeht, bieten der directen operativen Heilung die grössten Schwierigkeiten. Verfasser schlägt nun vor von einem nach aussen vom Labium majus angelegten Verticalschnitt aus die Umgebung der Fistel und damit die Fistel selbst vom Knochen abzulösen. Hierdurch werden die Fistelränder beweglich und können dann durch Anfrischung von der Scheide aus vereinigt werden. 2 geheilte Fälle, von denen der eine bereits 13 mal erfolglos operirt worden war.

P. J. Möbius: **Ueber die gegenwärtige Auffassung der Hysterie.**

Die der Hysterie wesentliche Veränderung besteht darin, dass vorübergehend oder dauernd der geistige Zustand des Hysterischen dem des Hypnotisirten gleicht, d. h. jener reagirt, ohne hypnotisirt zu sein, wie dieser. Ebenso wie alle im hypnotischen Zustande beobachteten Erscheinungen sind alle Erscheinungen bei der Hysterie Wirkungen der Suggestion, d. h. des Vorstellens. Mit wenigen Ausnahmen gehören die Hysterischen zu den erblich Belasteten. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane können nur als Gelegenheitsursachen betrachtet werden. Eine gynäkologische Untersuchung oder Behandlung soll daher nur stattfinden, wenn eine ärztliche Indication besteht.

M. Sänger: **Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium. — Kaiserschnitt, bedingt durch frühere ektopische Schwangerschaft.**

Der geschrumpfte in dicke Schwielen eingebettete Fruchtsack einer abgelaufenen rechtseitigen Tubengravidität gab ein absolutes Geburtshinderniss ab. Bei dem — für Mutter und Kind glücklich abgelaufenen — Kaiserschnitte fand sich auch das Fimbrienende der linken Tuben in Adhäsionen eingebettet. Verfasser erklärt daher das Zustandekommen der Gravidität nur durch ein in der Nähe des linken Ovariums gelegenes accessorisches Tuben-Ostium für möglich.

Gessner-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, Nr. 2.

1) A. Gessner: **Zwei Fälle von spontaner Uterusruptur.** Aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik.

Im ersten Fall, 35jähr. VII p., Riss des Scheidengewölbes mit Fortsetzung in das untere Uterinsegment bei Querlage mit Vorfall eines Armes. Das Peritoneum ist weithin durch Hämatombildung entfaltet aber nicht gerissen. Steiss und rechtes Bein sind durch den Riss ausgetreten; Ergreifen des linken Fusses, Umdrehung und Extraction des nicht ganz ausgetragenen Kindes, das, leicht asphyktisch, rasch wiederbelebt wird. Entfernung der Placenta durch Druck von aussen. 2½ St. p. part. Laparotomie wegen vermeintlicher totaler Ruptur. Nachdem eine solche nicht vorliegt, wird der Leib wieder geschlossen. Tamponade des Risses und der Scheide. Genesung.

Im zweiten Fall, 22jähr. II. p., Kopflage, Hydrocephalus, incomplete Ruptur über dem äusseren Muttermund; Perforation; Tamponade und Drainage des Risses, Genesung.

Verfasser bemerkt hiebei, dass das klassische Bild der vollendeten Ruptur nur in der Minderzahl der Fälle anzutreffen ist, und dass besonders incomplete Zerreissungen nicht selten, ohne markante Symptome verlaufend, übersehen werden dürften; er weist weiter auf die grosse Schwierigkeit hin, allein durch die manuelle Untersuchung complete von incompleten Rupturen zu unterscheiden. Wenn auch in Anstalten bei totalem Riss die Laparotomie und Naht (Naht von der Scheide aus ist — ausser bei Cervix-Rissen — nicht zweckmässig) wohl vorzuziehen ist, empfiehlt sich für die Praxis bei completer und incompleter Ruptur die combinirte Tamponade von der Scheide aus und Gegendruck von oben durch Druckverband bei stark anteflectirtem Uterus. Der Tamponade eine Ausspülung vorauszuschicken ist zwecklos. Das Punctum saliens für die Prognose ist eine vor, während und nach der Entbindung gewahrte Aseptik.

2) Reusing: **Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft.** Aus der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.

Die Ruptur entstand im 8. Monat der ersten Gravidität eines 23jähr. Mädchens, durch einen Sturz, 4 m tief, auf harten Boden. Completer Längs-Riss am Fundus, an der Placentarstelle; Austritt der (im ersten Stadium der Maceration befindlichen) Frucht in die Bauchhöhle. Laparotomie, Naht des Uterus; Drain nach der Scheide. Genesung. Unter Mittheilung der wenigen bekannten Fälle von traumatischer Uterusruptur in graviditate betrachtet es Verfasser als erwiesen, dass eine solche ohne gleichzeitige Verletzung der Bauchdecken und ohne Prädisposition des Gewebes vorkommt.

3) W. Nagel: **Ueber die Gärtner'schen (Wolff'schen) Gänge beim Menschen.**

Mit diesem Artikel, auf den wir hier nicht näher eingehen können, schliesst die aus den vorjährigen Referaten über das Cbl. genügend bekannte Discussion zwischen Nagel und Kossmann, ohne dass es natürlich zu einer Verständigung oder Ausgleichung der Meinungsverschiedenheiten gekommen wäre.

Eisenhart-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. Januar 1895.

Herr **B. Fränkel** demonstrirt einen Nasenstein, welchen er einem jungen Mädchen extrahirt hatte und welcher vermuthlich seit der Kindheit der Patientin in deren Nase un-

bemerkt geweilt hatte. Im Anschluss daran zeigte er noch eine grössere Sammlung von Curiositäten, die er im Laufe der Zeit auf gleiche Weise gewonnen.

Herr **Heubner: Ueber die Ausnützung der Mehlnahrung bei jungen Säuglingen.**

Die Lehre, dass der junge Säugling nicht oder kaum fähig sei, Kohlehydrate in Gestalt von Amylum zu verarbeiten, sei eine von den vielen allmählich zum Axiom gewordenen Behauptungen. Eine experimentelle Begründung dieser Ansicht sei nur selten versucht worden.

Die einen gingen davon aus, dass sie Mehl in Gaze gehüllt in die Mundhöhle des Kindes brachten, dort verschieden lange Zeit verweilen liessen und dann prüften, wie viel in Zucker umgewandelt worden war. Dabei fand Ritter nach 2 Minuten dauerndem Verweilen bei 21 Kindern nur 2 mal ein positives Resultat; Fischer liess den Speichel dagegen 5 Minuten einwirken und fand stets eine diastatische Wirkung. Eine andere Methode war die, das Secret mittelst Schwämmchen aus dem Munde zu holen und seine Wirkung ausserhalb des Körpers zu studiren; hiebei ergab sich in 28 Versuchen bei Kindern von 0—9 Tagen 27 mal ein positives Resultat. Ein dritter Weg war der, die Speicheldrüsen unmittelbar nach dem Tode dem Körper zu entnehmen, sie zu extrahiren und mittelst des Extractes Verdauungsversuche anzustellen, wobei sich die einzelnen Drüsen gesondert untersuchen liessen. Dabei fand z. B. Chorobin, dass das Pankreas bis zum 21. Tage nicht, bis Ende des 4. Monats wenig und erst vom 6. Monate ab reichlich Amylum in Zucker verwandle. Die 4. und sicherste Methode ist die Untersuchung der Fäces. Die diesbezüglichen Versuche Sonzino's sind zu ungenau berichtet, um nachgeprüft werden zu können, doch folgt aus ihnen, dass jedenfalls in einzelnen Fällen die Kinder schon in den ersten Tagen Zucker aus Mehl bilden können. Die Physiologen berichtigten denn auch ihre frühere Ansicht über Unverdaulichkeit des Mehles für Kinder, während die Kinderärzte an der alten Lehre festhielten, gestützt auf die tägliche praktische Erfahrung.

Vortragender unternahm nun schon in Leipzig mit Dr. Carstens zusammen eine erneute Prüfung und fand bei geeigneter Darreichung, d. h. in nicht zu starker Concentration und bei geeigneter Auswahl des Mehles (Hafer- oder Reismehl), dass der kindliche Verdauungstractus nahezu Alles eingeführte Mehl in Zucker umwandelte und verdaute. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass die Kinder nach einer kurzen Hungerperiode 1—2 Tage lang in 2stündlichen Gaben kleine Quantitäten Mehlsuppe bekamen, dass dann die Fäces getrennt vom Urin (Recipient) aufgefangen, getrocknet und chemisch untersucht wurden. So erhielt ein 7 wöchentliches Kind in 25 Stunden 10 Mahlzeiten von je 30 g Reismehl. Der erste Stuhl erfolgte 42 Stunden nach der ersten Nahrungsaufnahme. Die eingeführte Mehlmenge war vollständig verdaut. Das Kind nahm aber an Gewicht ab. Fast das gleiche Resultat ergaben 3 weitere Versuche; über 9 fernere Versuche wird Dr. Carsteus berichten.

Mit seinem Versuch hält Vortragender für bewiesen, dass der Säugling bis herab zur 7. Woche und noch weiter im Stande ist, Amylum ebenso gut zu verdauen, wie Eiweiss und Fett.

Trotzdem ist Vortragender nicht der Meinung, dass man nun die Kinder mit Mehl aufpäppeln solle. Denn zunächst ist es möglich, dass eine länger fortgesetzte Mehlernährung ganz andere Resultate hat, als eine so kurze, wie in seinen Experimenten. Dann ist vor allem daran festzuhalten, dass die Mehlernährung immer nur eine Unterernährung ist, da es nicht gelingt, die nöthigen Mengen ohne Beeinträchtigung der Verdaulichkeit beizubringen. Viel besser als mit dem einfachen Reismehl steht es auch nicht mit den präparirten Mehlen. Nestle und Kufecke enthalten ausserdem nicht genug Eiweiss und Fett und sind viel zu theuer. Dann enthalten die meisten Kindermehle auch noch Rohrzucker, welcher wegen seiner hohen Gährungsfähigkeit für Kinder ganz unzweckmässig ist.

Ganz anders liegt die Sache bei Verdauungsstörungen; hier bedeutet die Mehlernährung gerade wie beim Erwachsenen eine Ruhenahrung. Dazu kommt vielleicht, dass Mehl ein schlechter Nährboden für Bakterien ist.

Darum wagt es Vortragender, bei kleinen Kindern und selbst bei Neugeborenen vorübergehend bis zur Beseitigung von Dyspepsien eine Mehlnahrung zu geben. Da aber die Stärkekörner der einzelnen Mehlsorten verschieden gross, so ist es nicht gleichgiltig, welches Mehl man anwendet. Kufecke's Kindermehl besteht z. B. aus Weizenmehl und ist weniger zweckmässig. Die Bereitung des Mehlbreies ist auch wichtig. Man muss das Mehl mit kaltem Wasser anrühren, dann mit heissem Wasser übergiessen und dann noch eine halbe Stunde lang kochen lassen. Auf diese Weise kann man gleich die ganze Tagesration auf einmal abkochen, ohne befürchten zu müssen, dass eine Zersetzung beim Stehenlassen eintritt. Man nehme etwa 5—6 g Mehl auf 100 g Wasser, im Ganzen 25—30 g. Die Dauer der durch das Mehl herbeigeführten Unternährung betrage nicht länger als 8 Tage; ist dann die Dyspepsie nicht beseitigt, so muss man zu anderen Mitteln greifen.

Auch ist es nicht unzweckmässig mit dünner Milch, anstatt mit Wasser abzukochen. Man muss aber in jedem Falle probiren.

Herr **O. Rosenthal: Ueber mercurielle Exantheme.**

Dieselben sind häufiger als man glaubt und bestehen in Folliculitis, Erythem, Dermatitis und Pemphigus.

Discussion: Herr Lewin:

Verein Freiburger Aerzte.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. Januar 1895.

1. Herr Prof. **Kraske: Vorstellung eines Falles von „Myositis ossificans progressiva".**

Der vorzustellende sehr merkwürdige Kranke ist bereits in verschiedenen ärztlichen Gesellschaften demonstrirt worden, so von Virchow in der Berliner Medicinischen Gesellschaft, worüber in No. 32 der Berl. Klin. Wochenschr. von 1894 berichtet worden ist. Der Kranke bietet jedoch mancherlei, was aus der erwähnten Publication nicht zu ersehen ist.

Das Leiden des jetzt 29 Jahre alten Patienten begann vor 10 Jahren, also mit 19 Jahren. Dieser Beginn ist ungewöhnlich, da die Krankheit sich meistens viel früher entwickelt. Zur genannten Zeit trat, wie es scheint, plötzlich und unter Fieber eine schmerzhafte Anschwellung der rechten Körperseite auf, welche wieder zurückging, aber knochenharte Theile zurückliess. In Folge dieser ersten Attaque konnte der Mund nicht mehr geöffnet, der Arm nicht mehr bewegt werden. Um die Ernährung zu ermöglichen, musste eine künstliche Zahnlücke geschaffen werden. Der Process stand nun ein Jahr still, exacerbirte darauf im nächsten Jahre und von da ab jedes Frühjahr durch schubweises Befallenwerden weiterer Körpertheile, bis vor 3 Jahren Stillstand eintrat. In den ersten 3 Jahren war der Process auf die rechte Seite beschränkt, später trat er auch links auf. Im Verlaufe des Leidens nahm die Unbeweglichkeit des Körpers bis zu einem hohen Grade zu; doch blieb das Schlucken, die Verdauung, die Defäcation, die Urinentleerung ohne Veränderung. Die Athmung nahm, da die Thoraxbewegung nicht unerheblich beschränkt wurde, allmählich einen mehr abdominalen Charakter an. Im Urin finden sich keine abnormen Bestandtheile.

Die Untersuchung des Kranken ergibt Folgendes: Kopf völlig steif. Im Schultergelenke vollständige Ankylose, während in den Ellbogen eine gewisse Bewegung möglich (links Beugung bis zu einem rechten Winkel). Vorderarme, Hände, Finger frei. Wirbelsäule absolut steif. In den Hüftgelenken rechts nur Spuren, links etwas mehr Beweglichkeit. Umgekehrt ist das linke Knie vollständig ankylotisch, während das rechte mehr Beweglichkeit zeigt. An den Füssen ist ebenfalls rechts grössere Beweglichkeit, das linke Sprunggelenk dagegen fast ganz ankylotisch.

Diese Starrheit wird hervorgerufen durch unbewegliche knochenharte Massen, die im Nacken beginnen und in astartiger Verbreitung den Rücken hinunterziehen. Dieselben setzen sich auf die Rückseiten der Oberarme fort. Der Biceps dagegen, wie die Muskelbäuche des Unterarmes und der Pectoralis sind frei und fühlen sich weich an. Ebenso wird die Störung in den unteren Extremitäten durch harte Massen an den Glutäen, an den Ober- und Unterschenkeln hervorgebracht.

An der Bezeichnung des vorliegenden Leidens als Myositis ossificans progressiva ist richtig, dass es sich um eine wirkliche Knochenneubildung, sowie dass es sich um einen fortschreitenden Process handelt. Es ist hier sehr ungewöhnlich, dass seit 3 Jahren ein Stillstand eingetreten ist, und es würde noch ungewöhnlicher sein, wenn dieser Stillstand von Dauer sein würde. Hingegen ist die Bezeichnung als Myositis unrichtig und wird von den Autoren auch nur noch als sogenannte Myositis aufgeführt.

Für die Beurtheilung der Provenienz der Knochenmassen ist es zunächst von Wichtigkeit, zu beachten, dass eine Gruppe der Knochenbildungen ganz sicher mit den Muskeln nicht das Mindeste zu thun hat, sondern dass es sich lediglich um Exostosen handelt. Solche Exostosen finden sich an der linken grossen Zehe, auf beiden Fussrücken; ferner an einer Tibia eine breite Knochenneubildung, die eher als Hyperostose zu bezeichnen ist; dann am linken Radius eine knopfförmige Hervorragung. Eine zweite Gruppe von Knochenbildungen steht in Beziehung zu den Muskeln. Man kann sie als Exostoses apophyticae bezeichnen. Die Knochenmassen erstrecken sich von den Muskelansätzen aus in die Sehnen, Fascien, das Bindegewebe der Muskeln hinein. Endlich befindet sich am linken Oberarm eine Knochenspange, die mit dem Humerus in keinem Zusammenhang steht.

Die Muskeln verhalten sich bei diesem Processe passiv; in Folge des mechanischen Druckes, sowie der durch die Unbeweglichkeit verursachten Inactivität degeneriren dieselben und gehen durch Atrophie und fettige Degeneration zu Grunde. Die noch vorhandenen Muskeln unseres Patienten bieten nichts Abnormes. Im elektrischen Verhalten derselben sind nur quantitative, keine qualitativen Veränderungen vorhanden.

Ueber die Ursachen dieses Leidens ist nichts bekannt. In zwei Fällen, die zur Section kamen, wurde das Centralnervensystem von Schultze untersucht, ohne dass etwas Positives gefunden wurde.

2. Derselbe: **Vorstellung von Operationsfällen:**

a) Aelterer Mann, an dem wegen eines weit in die Pars cavernosa reichenden Carcinoms die Amputatio penis gemacht worden war. Zur Verhütung der sonst nach dieser Operation sehr erheblichen Störung beim Uriniren wurde der Rest des Penis unterhalb des Hodensacks in den Damm eingenäht, wodurch ein vorzügliches functionelles Resultat erreicht worden ist.

b) Fall von Gangrän beider Füsse durch Erfrieren, wodurch Selbstamputation bis zu den Malleolen eingetreten. Patient kam mit 2 granulirenden Stümpfen in die Klinik. Hier wurde zunächst eine Reamputation gemacht, um die Stümpfe zu decken. Nach der Heilung wurde beiderseits die Bier'sche Operation gemacht; es wurde durch keilförmige Excision der Weichtheile auf der vorderen Seite sammt dem Knochen ein fussartiger Ansatz geschaffen, auf welchem der Kranke nunmehr mit einiger Unterstützung gehen kann. Es sollen jetzt Prothesen angefertigt werden, so dass die Beine ihre normale Länge wieder erhalten. Für die Schaffung tragfähiger Stümpfe ist die Bier'sche Operation von grossem Vortheil. Der Fall ist bis jetzt der einzige, bei welchem diese Operation an beiden Beinen ausgeführt wurde.

c) Fall von Carcinom der Unterlippe, das auf die Oberlippe, die Wange, den Unterkiefer übergegangen war. Durch die Entfernung der betroffenen Weichtheile, sowie des Mittelstücks des Unterkiefers war ein kolossaler Defect entstanden, zu dessen Bedeckung die Haut der Umgebung schon mit Rücksicht auf den Bartwuchs nicht zu verwenden war. Die Deckung geschah in mehreren Operationsacten durch einen aus der Halshaut entnommenen, bis zur Clavicula hinabreichenden gedoppelten Lappen. Nach dem Einheilen des Lappens, der die Stelle der Mundöffnung fast ganz verdeckte, erfolgte die Stomatoplastik. Auf diese Weise wurde ein recht leidliches Resultat erzielt.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 31. October 1894.

Dr. **Marckwald** demonstrirt die Präparate eines Falles von **multiplem Myelom.**

Dieselben stammen von einem 56 jährigen Mann, der unter Schmerzen, Anämie und intermittirendem Fieber Deformitäten des Brustbeins und der Wirbelsäule bekommen hatte und nach 13 monatlicher Dauer der Erkrankung zur Obduction gekommen war.

Es fanden sich Tumoren in sämmtlichen Knochen des Skelets, dieselben waren „intravasculäre Endotheliome". Den Titel „Myelom" wünscht Vortragender beizubehalten, um durch denselben auf die klinische Identität mit mehreren ähnlichen unter diesem Titel in der Litteratur beschriebenen Fällen hinzuweisen.

Die ausführliche Beschreibung des Falles wird an anderer Stelle erfolgen.

Professor **Behring: Der jetzige Stand der Diphtheriebehandlung mit Serum.**

Der Vortrag ist a. a. O. in extenso erschienen.

Sitzung vom 12. December 1894.

Dr. **Marckwald** demonstrirt einen **Cysticercus racemosus** im 4. Ventrikel und referirt über 4 derartige Beobachtungen. Die Symptome sind in allen Fällen gleichartig und für die Fälle charakteristisch. Ohne vorherige Symptome treten plötzlich heftige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle auf, die rasch in tiefes Koma übergehen. In wenigen Tagen erfolgt der Exitus. Als anatomisches Substrat findet sich hochgradiger Hydrocephalus internus, bedingt durch völlige Verlegung des 4. Ventrikels. Als begleitende Symptome werden Stauungspapille in allen Fällen, vereinzelt Diabetes bemerkt.

Die genauere Beschreibung der Beobachtungen wird in einer Dissertation von anderer Seite erfolgen.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 14. November 1894.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **v. Stubenrauch** 1) einen 10 jährigen Knaben, an welchem er im August l. J. die **Resection der linken Unterkieferhälfte** wegen eines grossen den Unterkiefer von der Mittellinie bis zum linken Kieferwinkel einnehmenden Fibroms ausgeführt hat.

Der Vortragende hebt ausser dem vorzüglichen Operationserfolge besonders das günstige kosmetische Resultat hervor, das gegenwärtig zu beobachten ist und welches durch eine passende, seit einigen Tagen bereits vom Kranken getragene Kautschuk-Prothese erhalten bleiben soll.

Das gleichzeitig demonstrirte interessante Präparat wird an anderer Stelle ausführlich beschrieben werden.

2) Ein 20 jähriges Mädchen mit handtellergrossen **gangränösen Hautflecken** am linken Oberarm, an der linken Brust und Wange.

Der Vortragende hält die Erkrankung für eine trophoneurotische. Die ausführliche Beschreibung des Falles erfolgt in dieser Wochenschrift.

Herr Lutz: Die symmetrische Gangrän ist eine festbegründete Affection und charakterisirt sich durch das Ergriffenwerden symmetrischer Hautstellen sowie dadurch, dass eine grosse Blase mit durchgreifender Hautgangrän entsteht. Die gangränösen Hautaffectionen, welche dem vorgestellten Falle entsprechen, sind mir zweifelhafter Natur und halte ich speciell den demonstrirten für einen artificiellen, wegen der oberflächlichen Verschorfung und wegen des Ergriffenseins leicht zugänglicher Hautstellen.

Herr v. Stubenrauch: Gegen die Ansicht des Herrn Lutz möchte ich hervorheben, dass ich die Patientin, um eine Selbstverstümmelung auszuschliessen, im Verbande controlirt habe, da ich selbst anfänglich der Meinung war. Es wurde der Verband mit zahlreichen Signaturen versehen, so dass auch die geringste von der Patientin vorgenommene Verschiebung bei der Abnahme hätte bemerkt werden müssen. Als die Kranke die zweite Affection im Gesichte bekam, entstanden unter dem signirten Verbande neue den früheren vollkommen gleiche Efflorescenzen. Eine artificielle Er-

zeugung war bei der Intactheit des Verbandes, von der ich mich auch während der nunmehrigen zweimonatlichen Behandlungsdauer stets überzeugte, nicht anzunehmen. Auch Neuberger, dessen Fall ausserordentliche Aehnlichkeit mit dem hier vorgeführten hat, ging, soviel ich mich erinnere, in der gleichen Weise vor. Ich glaube, eine Selbstverstümmelung bestimmt ausschliessen zu können.

Herr Schmitt weist auf die grosse Aehnlichkeit des vorgestellten Falles mit zwei von ihm beobachteten, besonders mit dem seiner Zeit im Vereine von Herrn Krecke demonstrirten Falle hin. Diese Fälle sind mit Sicherheit als auf Selbstbeschädigung beruhend anzusehen, wofür auch der Sitz der Affectionen hauptsächlich an leicht zugängigen Stellen spricht.

Herr Kopp: Der von mir früher publicirte Fall ist als geheilt zu betrachten; wenigstens sind trotz einer durch mehrere Jahre fortgesetzten Beobachtung Recidive nicht zu verzeichnen. Einen analogen, allerdings bereits abgelaufenen wieder mit Keloidbildung geheilten Fall multipler neurotischer Hautgangrän konnte ich in letzter Zeit beobachten. Auch in diesem war ein Trauma (eine in den Finger eingedrungene abgebrochene Nadelspitze) als Ursache des Leidens zu bezeichnen. Eine grosse Anzahl kleiner und grösserer, rundlicher und ovaler derber Narbenkeloide (über 20) fanden sich an Vorderarm, Oberarm und Schultergegend. Die Brust war in diesem Falle frei. Heftige paroxysmale Neuralgien hatten die jeweilige Bildung der pemphigoiden Blasen und umschriebenen Nekroseherde, welche durch mehrere Monate hindurch dauerte, begleitet. Es liegen nachgerade so viele zuverlässig beobachtete und genau controlirte analoge Fälle in der Literatur vor, dass ich es nicht für richtig halte, alle diese ohne weiteres als Artefacte seitens hysterischer Individuen zu erklären. Es ist ja gewiss richtig, dass Täuschungen auf diesem Gebiete vorkommen, und man vorsichtigerweise die Möglichkeit einer solchen in Fällen sonst schwer zu erklärender Spontangangrän berücksichtigen muss. Anderseits steht aber doch durch sorgfältige klinische Beobachtung (Halbseitigkeit, dem Verlaufe cutaner Nervenzweige entsprechende Ausbreitung, begleitende Neuralgien, histologische Befunde des centralen oder peripheren Nervensystems) fest, dass es eine theils mit theils ohne Blasenbildung entstehende Form multipler neurotischer Hautgangrän gibt, welche man wohl zu den trophopathischen Erkrankungen der Haut rechnen darf, ohne damit über die Frage der Existenz trophischer Nerven ein Präjudiz zu fällen.

Herr Minde glaubt, dass hier Autosuggestion mit im Spiele sei.

Herr Grünwald frägt, ob der Urin untersucht worden sei, da ähnliche Processe bei Diabetes beobachtet wurden. Der Vortragende verneint dies.

Herr **Seggel** stellt einen Fall von **Pemphigus vulgaris chronicus** vor, der bei einem 22 jährigen Kanonier im Desquammationsstadium einer normal und leicht verlaufenden Scarlatina aufgetreten war. Ausser der Entstehungsweise ist auch die Betheiligung der Augen von besonderem Interesse. Während nun auf der Schleimhaut der Nase, der Mund- und Rachenhöhle wiederholt kleinere und selbst ziemlich grosse Blasen, zum Theil von ziemlich langer Dauer beobachtet wurden, war dies auf der Augenbindehaut nicht möglich. Hier wurden nur grau belegte Stellen bemerkt, welche durch Narbenschrumpfung zu partiellen Symblepharen, Entropium und Trichiasis führten. Dagegen wurden 5 mal Blasen auf der Hornhaut, darunter eine in ganz exquisiter Weise, so dass sie, nachdem ihr oberer Rand eingerissen war, bei Uebergiessen des Auges mit Wasser sich prall mit demselben füllte und förmlich schwappte, gesehen.

Die bakteriologische Untersuchung des Inhaltes der Pemphigusblasen ergab zahlreiche Streptococcen in Reincultur. Dieselben erwiesen sich bei der Impfung auf weisse Mäuse nicht pathogen. Als auf eine besondere Eigenthümlichkeit des Pemphigus wurde auf die Beschaffenheit der Haut der Hände hingewiesen, welche ausserordentlich verdünnt war und einen Seidenglanz wie feinstes Postpapier zeigte.

Die Trichiasis und das Entropium wurden an einem Unterlide nach der Methode von Flarer-Stellwag, an den 3 anderen Lidern nach Hotz, welches Verfahren sich hier sehr empfiehlt, beseitigt.

Ueber den Krankheitsverlauf wird in einer Fachzeitschrift eingehender berichtet werden.

Herr **Crämer** demonstrirt einen von ihm und Herrn Klaussner operirten Fall.

An anderer Stelle dieser Nummer veröffentlicht.

Herr **Tappeiner: Ueber Vergiftungen mit Schwämmen.**

Wird später ausführlich veröffentlicht.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Seitz, Bollinger, Messerer, Lutz und der Vortragende.

Herr **Bögle: Die geometrische Entstehung organischer Formen.**

Der Vortrag wurde anderweitig veröffentlicht.

Eine Discussion darüber erfolgt nicht.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. Juni 1894.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr **Stiel:** Demonstration eines Falles von **Iristuberculose.**

Frau von 23 Jahren, erblich belastet, seit mehreren Jahren an Husten und Auswurf leidend, kommt vor 3 Tagen in Behandlung. Befund: Am oberen Pupillenrand der Iris des linken Auges stecknadelkopfgrosses Knötchen von gelblicher Farbe mit braunrothem Hof. Anzeichen von Lungentuberculose. Schon am nächsten Tage treten nasal- und temporalwärts von dem Knötchen braunrothe Prominenzen in der Iris auf. Dabei Iritis, Injection, Thränenträufeln, Lichtscheu.

2) Herr **Zinn** referirt über den gegenwärtigen Stand der Choleraätiologie und Choleraimmunität nach den neuesten im Institute für Infectionskrankheiten zu Berlin erschienenen Arbeiten.

Sitzung vom 6. Juli 1894.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr **Schilling** theilt einen Fall von **Lipom des Herzens** mit.

Bei der Section eines 73 Jahre alten mit Dyspnoe und Atherom der Gefässe behafteten Patienten fand sich ein hochgradiges Cor bovinum, die Aorta in toto sklerotisch, Aortenstenose, Klappenaneurysmata, Atheromatose der Kranzarterien. Etwa 1 cm unterhalb der äusseren Aortentasche eine über haselnussgrosse, mit breitem Stiel aufsitzende Geschwulst vom Endocard überzogen, welche sich als Lipom erwies.

2) Herr **Bauer** berichtet kurz über eine neuere Untersuchungsmethode zur Diagnose der **Warzenfortsatzerkrankung bei Otitis media.** Es ist dies die Percussion des Proc. mast., welche schon vor ca. 20 Jahren von Richter angegeben, im vorigen Jahre auf der II. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft von Körner und von Wild neuerdings empfohlen wurde. Da der Warzenfortsatz aus dem Antrum mastoideum, sowie einer Anzahl mit demselben zusammenhängender Zellen besteht, welche sämmtlich lufthaltig und mit Schleimhaut ausgekleidet sind, so wird man bei der Percussion einen hellen lauten Schall erhalten, wie bei der Percussion lufthaltiger Organe. Sind das Antrum und die Warzenzellen erkrankt bezw. mit Eiter ausgefüllt, erhält man einen gedämpften, unter Umständen leeren Percussionsschall. Die Percussion wird an dem vor dem Untersuchen mit etwas nach vorn geneigten Kopf stehenden Patientin entweder mit dem Finger oder mit einem Hammer vorgenommen. Die Methode ist natürlich nur bei einseitiger Ohrenerkrankung verwerthbar.

Der Berichterstatter hat die Methode kürzlich in 2 Fällen verwerthen können.

In einem Fall — Masernotitis bei einem 7jähr. Kind, mitbeobachtet von Dr. Schilling — bestand mässig hohes Fieber, starke Druckempfindlichkeit des Proc., äusserlich keine Veränderung an demselben, starke Drüsenschwellung am Hals und Nacken. Kein Unterschied im Percussionsschall. Betheiligung des Proc. wurde ausgeschlossen und diese Ansicht durch den Verlauf bestätigt.

Im 2. Fall ebenfalls Masernotitis bei einem 6jähr. Knaben. Dieselben Erscheinungen wie in Fall 1, doch deutlich gedämpfter Percussionsschall auf der erkrankten Seite. Die daraufhin vorgenommene Aufmeisselung des Proc. mast. zeigte, dass das Antr. mast., sowie eine ca. kirschenkerngrosse Partie des Knochens cariös erkrankt, bezw. mit Granulationen ausgefüllt war.

Derselbe berichtet über einen von ihm beobachteten und operirten Fall von **Lipom am Kehlkopfeingang** bei einem 7 jährigen Mädchen. Der Tumor, circa kirschgross, ging von der rechten Fossa navicularis aus, hatte die Epiglottis stark nach links gedrängt und machte leichte Stenosenerscheinung beim Athmen; die Oberfläche war etwas uneben gefurcht. Dem Spiegelbild nach wurde die Geschwulst für eine weiche Binde-

gewebsgeschwulst oder für eine aberrirte accessorische Tonsille gehalten. Die Geschwulst wurde mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt, der Mutterboden mit dem Galvanocauter verätzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab „reines Lipom".

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 19. Januar 1895.

Neue Pairs. — Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. — Die Serumbehandlung der Diphtherie in der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Unser Herrenhaus hat Anfangs dieser Woche 24 neue lebenslängliche Mitglieder erhalten, darunter 2 Mediciner, die ordentlichen Professoren und Hofräthe Albert und Widerhofer. Eduard Albert ist 54 Jahre alt, ein hervorragender Lehrer und Operateur, Mitglied des Obersten Sanitätsrathes und auch wegen seiner Uebersetzungen aus dem Czechischen als belletristischer Schriftsteller berühmt. Freiherr Hermann Widerhofer steht bereits im 63. Lebensjahre, ist ebenfalls Mitglied des Obersten Sanitätsrathes, kaiserlicher Leibarzt, unser tüchtigster Vertreter der Kinderheilkunde. Sie treten an die Stelle der dahingeschiedenen Pairs Billroth und Brücke und werden nur noch zwei Mediciner im hohen Hause finden, den im Januar 1889 als lebenslängliches Mitglied berufenen Dr. Franz Cölestin Ritter v. Schneider, gewesenen Professor der Chemie an der Wiener Universität, sodann Ministerialrath und Sanitätsreferent im Ministerium des Innern und Präsident des Obersten Sanitätsrathes und den im Vorjahre berufenen Hofrath E. Ludwig, Professor der medicin. Chemie. Ihnen wird die Wahrung unseres öffentlichen Sanitätswesens und der Interessen der Facultäten und praktischen Aerzte in der ersten Kammer des Reiches obliegen und man sieht ihrer Thätigkeit allgemein mit vollem Vertrauen entgegen.

Das von der niederösterreichischen Statthalterei herausgegebene „Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten" ist eben im II. Jahrgange erschienen und enthält die Krankenbewegung des Jahres 1893. In den 8 öffentlichen Spitälern Wiens wurden im Berichtjahre rund 57000 Personen aufgenommen; 3718 Spitalsinsassen waren aus dem Vorjahre in Behandlung verblieben, so dass insgesammt 60779 Personen behandelt wurden. Mehr als 80 Proc. der Abgegangenen wurden geheilt oder gebessert, 7,29 Proc. wurden ungeheilt entlassen und fast ein Zwölftel (11,96 Proc.) ging mit dem Tode ab.

Die grösste Zahl der Gestorbenen findet sich in allen Krankenanstalten, welche über ein grosses Beobachtungsmaterial verfügen, in den Tagen gegen Ende des Monats Mai, beziehungsweise Anfangs Juni. Hieraus liesse sich schliessen, dass für die bereits schwer Erkrankten der Uebergang zur heissen Jahreszeit die gefährlichste Periode ist. Im Allgemeinen sind die Sterblichkeitsraten unter den Frauen grösser als unter den Männern; es wurden auch relativ mehr Frauen als Männer ungeheilt entlassen. Es wiederholt sich die bereits im Vorjahre aufgestellte Beobachtung, dass das weibliche Geschlecht erst im Falle von vergleichsweise schwereren Leiden eine Krankenanstalt aufsucht.

Die Krankenstatistik en detail umfasst einige hundert Tabellen, deren Inhalt wir an dieser Stelle auch nicht andeuten können, da es zu viel Raum beanspruchen würde. Die Berichte der einzelnen Kliniken und Abtheilungen enthalten zahllose Krankengeschichten, werthvolle ärztliche Beobachtungen, grössere Abhandlungen von bleibendem Werthe. So von Prof. J. Neumann einen Aufsatz über die Therapie der Syphilis, in welcher für die Inunctionscur, als für die beste und energischeste Heilmethode, warm eingetreten wird, sodann einen Aufsatz „Verzeichniss der Recidive nach den verschiedenen Behandlungsmethoden bei Syphilis", in welcher dargethan wird, dass das Quecksilber und das Jod bei der Lues nicht symptomatische, sondern specifisch wirkende Heilkörper sind. Neumann spricht sich hiebei gegen den Werth einer Präventivcur sowie die sog. chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis aus.

Prof. Lang plaidirt in hübschen Arbeiten seiner Schüler für eine Behandlungsmethode venerischer Lymphadenitiden mittelst Punction und Injection von Silbersalzlösungen (200 Fälle, $^1/_2$—1 proc. Argent. nitric.-Lösung) und hebt als deren Vortheile hervor: wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer, das Schmerzlose des Eingriffes, die Heilung ohne Bildung von entstellenden Narben, sowie das Ausbleiben einer jeden localen oder allgemeinen Reactionserscheinung. Eine zweite Arbeit ist betitelt: „Seltenere Complicationen der Blennorrhoe" (Gelenksaffectionen, Herzerkrankungen etc.), eine dritte: „Beitrag zur Behandlung des Lupus vulgaris" und in dieser letzteren wird die Excision der lupös erkrankten Partie und Uebernarbung mittelst Transplantation befürwortet. Das operative Verfahren, sagt der Autor, ist nicht nur für Erkrankungen in den ersten Anfängen, wo der ganze Herd ausgeschnitten und der ganze Defect leicht genäht werden kann, anzurathen, sondern gerade auch für jene Fälle von Lupus, wo ein nicht allzu ausgedehnter Herd jeder Behandlung trotzt.

Aus Prof. Dr. Friedrich Kraus' medicinischer Abtheilung stammen interessante casuistische Beiträge von der acuten Leukämie und der acuten Pseudoleukämie, von Primararzt Dr. Eugen v. Bamberger (einem sehr begabten Sohne des unvergesslichen Klinikers) praktische Bemerkungen über den diagnostischen Werth der Chorioideal-Tuberculose. Der Verfasser schliesst: Meine Erfahrungen bestätigen, dass die Tuberculose der Chorioidea eine ausserordentlich häufige Theilerscheinung der allgemeinen Miliartuberculose ist und wegen der Sicherheit und Leichtigkeit ihres Nachweises regelmässige Berücksichtigung in der Diagnose verdient. Docent Dr. v. Limbeck berichtet über experimentelle Studien bei Nachtschweissen der Phthisiker. Seine Versuche ergaben, dass sich der Phthisiker betreffs des zeitlichen Eintrittes seines Schweissmaximums genau so verhält, wie ein Gesunder, dass auch er in der Nacht nur zu Beginn des Schlafes eine Steigerung der Schweisssecretion zeigt. Sodann wird über seltenere Complicationen der chronischen Lungentuberculose, über traumatische Neurose nach Faradisation, über senile Osteomalacie mit Albumosurie etc. referirt.

Auf zwei hübsche Arbeiten möchte ich noch verweisen: Prof. Dr. Joseph Englisch „über Fiebererscheinungen bei den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane" und Dr. Ernst Freund: „Mittheilungen aus dem pathologisch-chemischen Laboratorium" der Krankenanstalt Rudolphstiftung. In letzterer wird der eminente Werth exacter chemischer Untersuchungen der menschlichen Se- und Excrete für die ärztliche Thätigkeit dargethan und durch zahlreiche interessante Beispiele belegt.

Mit dem Bisherigen habe ich den Inhalt des mehr als 900 Seiten fassenden Prachtwerkes kaum gestreift; es muss aber genügen, da es bloss den Zweck verfolgte, die Aufmerksamkeit grösserer ärztlicher Kreise auf diese Musterleistung unserer Landes-Sanitätsbehörde gelenkt zu haben.

Freitag den 18. Januar wurde in der k. k. Gesellschaft der Aerzte Wiens die Discussion über den Werth der Serumtherapie bei Diphtheritis fortgesetzt. Zu Worte gelangte ein energischer Gegner der Serumtherapie und verlas im Eilzugstempo eine kleine Broschüre, welche — wie man mir sagt — am nächsten Samstag im Wiener Buchhandel erscheinen wird. Es war unser tüchtiger Kinderarzt Prof. Kassowitz, der Herrn Behring und seinen Anhängern mit den Waffen schärfster Dialektik und strengster Logik hart an den Leib ging. Er bekennt gleich Eingangs seiner Rede, dass er im Laufe der letzten 3 Monate den harten und dornenvollen Weg von der festesten Zuversicht bis zu der tiefsten Enttäuschung bereits zurückgelegt habe. Die von Behring selbst veröffentlichten Thierversuche kritisirend, gelangt K. dahin, dass die experimentellen Grundlagen für die Werthbestimmung der Immunisirung resp. Heilung mittelst dieser Antitoxine absolut mangelhaft sind. Mit der Serumtherapie beim Tetanus habe man schon vollständig Fiasko gemacht. Die Diphtheritis komme bei Thieren spontan gar nicht vor, die Thiere scheinen sogar gegen die beim Menschen spontan auftretende Diphtherie refractär zu sein, es sei daher absolut unzulässig zu behaupten —

wie es jüngst wieder Prof. Paltauf gethan hat — dass man diesen Antitoxinen schon a priori eine immunisirende resp. heilende Wirkung zuschreiben könne.

Durch Anführung einer Reihe von Thatsachen und Citirung zahlreicher Autoren gelangt Redner dahin, dass es feststehe, dass zahlreiche mit Serum präventiv geimpfte Kinder sehr bald darnach an Diphtheritis erkrankten und dass einzelne derselben auch der Krankheit erlegen sind. Nicht die Spur eines Beweises sei dafür erbracht, dass jemals durch die präventive Impfung die Erkrankung eines einzigen Menschen an Diphtherie verhindert worden sei; dagegen haben viele Berichterstatter (darunter auch Widerhofer in einem Falle) von Recidiven mit letalem Ausgange — trotz sofortiger Wiederimpfung mit grossen Antitoxineinheiten — erzählt. Die Angabe Behring's, dass man bei Impfung am ersten Tage die Diphtheriesterblichkeit so sehr herabdrücken werde wie die Blatternsterblichkeit durch die Kuhpockenimpfung, habe sich absolut nicht bestätigt: am 1. und 2. Tage geimpfte Kinder seien trotzdem zahlreich der Krankheit erlegen. Die Aufstellung der sogenannten „Mischinfection" spreche ebenfalls gegen die Behring'sche Serumtherapie. Liegt bei der Diphtherie — was übrigens von anderen Autoren bestritten wird — die Gefahr nicht im Löffler'schen Bacillus, sondern in der Invasion der Streptococcen und Staphylococcen, so sei es Pflicht, ihr durch locale Behandlung der Krankheitsherde nach Kräften zu begegnen. Löffler's Resultate der Localbehandlung der Diphtherie seien sehr beachtenswerth, er selbst habe bei seinen 8 Fällen, die er der Serumtherapie unterworfen habe, stets ebenfalls local behandelt, da er dies als seine Pflicht angesehen habe. Trotz Serumbehandlung seien erschreckend viel Kinder an Herzparalysen und anderen Lähmungen gestorben, welche wohl lediglich dem Diphtheriebacillus resp. seinen Giften zuzuschreiben sind. Genersich u. A. lassen übrigens auch die Sepsis durch den Löffler'schen Bacillus bedingt sein.

Im Weiteren bespricht K. die Umstände, dass weder die Temperatur, noch der Puls, noch die raschere oder frühere Abstossung der Membranen in Folge der Seruminjectionen irgendwie günstig beeinflusst werde (eigene und fremde Beobachtungen), dass dagegen vielfach sogar eine Ausbreitung des localen Processes und eine Erneuerung der bereits abgestossenen Membranen, ja sogar ein Temperaturanstieg und eine Erhöhung der Pulszahl während und nach der Serumbehandlung beobachtet worden sei. Könne man dann noch von einer specifischen Behandlung sprechen?

Schliesslich wendet sich der Vortragende gegen die immer wiederkehrende Angabe, dass die Serumtherapie die Mortalität an Diphtheritis in den Spitälern herabgesetzt habe, und zeigt, dass jetzt nicht mehr bloss schwere Fälle in den Kinderspitälern zur Aufnahme gelangen, sondern auch zahlreiche leichte und mittelschwere, die selbstverständlich die Letalitätsziffer sofort herabsetzen. Gottstein hat für Berlin nachgewiesen, dass daselbst 1894 doppelt so viele diphtheriekranke Kinder in die Spitäler aufgenommen wurden als im Vorjahre, dass aber gleichwohl ebenso viele als im Vorjahre gestorben seien. Dasselbe gelte auch für Wien. Auch hier hat trotz zahlreicher Seruminjectionen in der Spitals- und Privatpraxis (3 Apotheken Wiens haben an Wiener Aerzte allein 250 Fläschchen abgesetzt, in den Spitälern wurden 230 Kinder injicirt) die Gesammtsterblichkeit an Diphtherie nicht abgenommen. Während die Mittelzahlen der letzten 3 Jahre (1892—1894) 35,4, 34,3, 34,5 Proc. betrugen, haben sie in den Monaten October-December 1894, in welchen also die Serumtherapie in Wien reichlich geübt wurde, 29,8, 34,8, 34,5 Proc. betragen. Aus diesen Zahlen ist nicht zu ersehen, dass in der Diphtheriebehandlung der Wiener Aerzte sich etwas Bedeutendes ereignet habe. Die Serumtherapie ist nach dieser Seite hin bisher spurlos vorübergegangen.

Der Erfinder der Serumtherapie — so schliesst Professor Kassowitz — hat uns vor Wochen versprochen, dass die Mortalität der Diphtherie durch sein Mittel auf ein Zehntel der bisherigen Todesfälle herabgesetzt werde. Bis jetzt ist aber auch nicht einmal der schüchternste Anfang einer solchen Wendung gemacht. Trotzdem sei es wünschenswerth, dass diese Versuche im grossen Style fortgesetzt werden, damit die Wahrheit klar zu Tage trete und es sich erweise, ob die Bewunderer oder die Zweifler Recht behalten.

Stürmischer Beifall lohnte die Ausführungen des Redners. Die Discussion wird fortgesetzt und haben sich bereits Hofrath Drasche, Prof. Gruber, Hofrath Widerhofer, Prof. Paltauf, Primarius Unterholzner u. A. zum Worte gemeldet.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung vom 12. Januar 1895

Untersuchungen über die Serumtherapie bei Tuberculose.

Héricourt und Richet fanden ihre früheren Ergebnisse in einer neuen Untersuchungsreihe vollkommen bestätigt. Sie impften 20 Meerschweinchen stets dieselbe Quantität des Virus (von Menschentuberculose) ein und behandelten diese nun in verschiedener Weise: 4 dienten als Controlthiere; die nächsten 4 wurden mit normalem Eselserum geimpft; weiteren 4 wurde Serum eines Esels injicirt, welcher ein Monat vorher mit virulenter Menschentuberculose geimpft worden war; 4 Meerschweinchen wurde Milch einer Eselin, welche Tuberculin erhalten hatte, und den letzten 4 Serum einer Eselin, welche Tuberculin erhalten hatte, injicirt.

Zuerst starben die Controlthiere und dann die beiden zuletzt aufgeführten Kategorien, insgesammt sehr rasch. Bei den mit Eselserum behandelten zog sich der Tod länger hinaus, während von den 4 Thieren, welche mit Serum des inficirten Esels (3. Kategorie) behandelt waren, nur 2 starben. Aus diesen Versuchen ist der Schluss zu ziehen, dass das Serum nicht direct heilt, aber die Entwicklung der Tuberculose hemmt.

Weiterhin wurden Hunden Tuberkelbacillen, aus welchen vorher das Tuberculin entfernt wurde, direct in die Blutbahn eingeimpft; nach 6 Tagen befanden sich die Thiere noch wohl und die Infection war noch nicht wirksam geworden. Zu dieser Zeit wurde ihnen Blut entnommen und das Serum daraus gewonnen, welches therapeutischen Zwecken dienen sollte und zum Unterschiede von den anderen Versuchsflüssigkeiten Neoserum benannt wurde. Unter den Versuchen, welche nun mit dem letzteren angestellt wurden, hebt Richet besonders eine Lungenkranke im 2. Stadium hervor, welcher mit Sicherheit das letale Ende innerhalb 6 Monaten vorausgesagt werden konnte. Sie erhielt im Ganzen 10 ccm Serum und nach 25 Tagen hatte sowohl im allgemeinen wie im Localbefinden eine schnelle und bedeutende Besserung sich gezeigt. In einer dritten Versuchsreihe hatten Kaninchen als Schutzimpfung gegen die tuberculöse Infection eine Flüssigkeit erhalten, welcher der Name Phymoserum gegeben wurde. Sie besteht aus dem Serum, welches man in den ersten Tagen nach subcutaner Inoculation der Vogeltuberculose beim Hund der Stelle der Einimpfung vor der Bildung eines Abscesses entnimmt. Diese Flüssigkeit wurde von den in grosser Menge vorhandenen Leukocyten befreit, Mikroben enthielt sie nicht; sie wurde in sehr kleinen Dosen Kaninchen injicirt und zeigte sehr deutliche immunisirende Eigenschaften.

Serumtherapie bei Syphilis.

Héricourt und Richet hatten schon vor 4 Jahren Hundeserum hergestellt, welches in der Klinik von Fournier mit sehr ermuthigendem Erfolge gegen Lupus und hartnäckige, der gewöhnlichen Behandlung trotzende Formen von Syphilis angewandt wurde. Um ein noch wirksameres Serum zu erhalten, wurde (von Mikroben konnte im vorliegenden Falle nicht die Rede sein, da man den Erreger der Syphilis nicht kennt) das Blut eines Syphiliskranken, welcher eine ausgebildete Roseola zeigte, aber sich noch keiner Behandlung unterzogen hatte, Hunden und Eseln eingeimpft und erst nach einigen Tagen diesen Thieren Blut entnommen. In einem ausserordentlich hartnäckigen Fall von Syphilis, welcher bereits mit allen specifischen Mitteln und Brown-Séquard'scher Flüssigkeit ohne Erfolg behandelt worden war, erhielt die Kranke innerhalb 8 Tagen in 3 Injectionen 6 ccm dieses Blutserums und daraufhin trat eine rasche Besserung ein (die nächtlichen Kopfschmerzen, das Erbrechen und die heftigen Knochenschmerzen an den unteren Extremitäten waren beinahe völlig verschwunden). Eine andere Patientin hatte vor 3 Jahren Syphilis acquirirt und seit 6 Monaten ulceröse Gummageschwülste, welche keine Tendenz zur Vernarbung hatten. Das Serum, welches sie erhielt, stammt von einem Hunde, welcher am sechsten Tage getödtet wurde, nachdem ihm 20 ccm von dem Blute eines Syphiliskranken (Schanker, völlig ausgeprägte Roseola) intravenös injicirt waren. Es wurden der Patientin täglich 1—3 ccm eine Woche lang, im Ganzen 22 ccm, injicirt: nach einem Monat war beinahe völlige Vernarbung der Geschwüre eingetreten und der Allgemeinzustand ein sehr guter, wenn auch hervorzuheben ist, dass unmittelbar nach den Injectionen zuweilen Fieber, Schwindel und Exanthem sich einstellten. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Ein höchst interessanter Fall von Pseudohermaphroditismus wurde von Christopher Martin in der Birmingham Branch der British Med. Association vorgestellt.

Der Betreffende zeigte die äusseren Genitalien und das Aussehen einer Frau, hatte aber männliche Organe. Er war 21 Jahre alt, als Mädchen erzogen und diente als Haus- und Küchenmädchen. Im Februar 1894 consultirte er einen Arzt wegen einer schmerzhaften Geschwulst in der linken Leistengegend. Dieselbe wurde auf operativem Wege entfernt und erwies sich als ein Hoden, eine zweite Geschwulst entsprechend dem rechten Hoden bildete sich in der rechten Leistengegend im September und wurde ebenfalls operativ entfernt. Nach der ersten Operation entwickelten sich Symptome von Hysterie, gleichzeitig begannen Pubes zu wachsen, während bis dahin weder Scham- noch Barthaare vorhanden waren; nach der zweiten entwickelten sich die bis dahin fast völlig flachen Brüste und wurden stärker und mehr empfindlich, auch klagte Patient über Blutwallungen, Congestionen und andere Symptome wie bei der Menopause.

Die Genitalien zeigten Labia majora und minora, eine kleine Clitoris, ein Vestibulum mit der Harnröhrenmündung, eine Scheidenöffnung mit Resten eines Hymens. Die Vagina selbst war ein Blindsack von ca. 5 cm Länge, ein Uterus war nicht vorhanden. F. L.

Verschiedenes.

(Ueber Schilddrüsenfunction im Lichte neuerer Behandlungsmethoden verschiedener Kropfformen) schreibt Kocher-Bern einen längeren Aufsatz im Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte (1895, 1). Zunächst berichtet er über seine Erfolge bei der Schilddrüsenbehandlung der Struma. Von 7 poliklinischen Patienten blieben 2 (Cystenkropf und diffuser Colloidkropf) unbeeinflusst, bei den 5 anderen (sämmtlich diffuse Colloidstruma) ist eine auffällige Verkleinerung der Struma zu Tage getreten. Von 5 klinischen Kranken zeigten 4 eine erhebliche Besserung. Ueble Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet.

Der innerliche Genuss von Schilddrüsensubstanz hat eine dem Genuss von Jodpräparaten ähnliche Wirkung auf die Struma hyperplastica, indem er die hyperplastische Drüsensubstanz zum Schwinden bringt. K. warnt vor allzu weit gehenden Hoffnungen in Betreff der Beseitigung des Kropfes durch Schilddrüsensaft.

Es muss auf den ersten Blick auffallend erscheinen, dass dieselbe Substanz, welche dem Körper einverleibt, die fehlenden Secrete der Drüse zu ersetzen vermag (bei Cachexia thyreopriva und Myxödem), auch auf die hyperplastische Drüse verkleinernd einzuwirken vermag. Aber es sind ja auch bei dem Gegenstück des Myxödems, bei der Basedow'schen Krankheit, Besserungen unter dem Gebrauch von Schilddrüsensaft beobachtet worden. Für diese Fälle muss man annehmen, dass die Zufuhr von Schilddrüsensaft die nervösen Symptome nicht so sehr steigert, dass von einem längeren und reichlicheren Gebrauch des Extractes abgesehen werden muss. Unter solchen Umständen kann die hypertrophische Schilddrüse zur Rückbildung gebracht werden.

Was die operative Behandlung des Morbus Basedowii betrifft, so hat K. davon zweifellos günstige Erfolge gesehen, und zwar noch bessere von der Unterbindung der 3 grössten zuführenden Arterien als von der halbseitigen Excision.

Dank einem Funde des D. v. Trachewsky haben wir zur Zeit noch ein viel einfacheres Mittel, um eine Besserung der Basedowkranken herbeizuführen, das ist die Verabreichung von phosphorsaurem Natron, täglich 2—10 g in Wasser gelöst. Das Mittel soll auf das verlängerte Mark wirken, in welchem v. T. den Sitz des Basedow vermuthet. Kr.

(Nachtrag zum Arzneibuch.) Der Bundesrath hat in der Sitzung vom 20. December 1894 einen Nachtrag zum Arzneibuch für das Deutsche Reich, dritte Ausgabe, mit der Maassgabe genehmigt, dass die neuen Vorschriften am 1. April 1895 in Wirksamkeit treten sollen. Neu aufgenommen sind folgende Artikel:

Acidum camphoricum, Kampfersäure; Acidum hydrobromicum, Bromwasserstoffsäure; Aqua cresolica, Kresolwasser; Bismutum subsalicylicum, basisches Wismutsalicylat; Cereoli, Wundstäbchen; Coffeïnum natrio-benzoïcum, Coffein-Natriumbenzoat; Cresolum crudum, rohes Kresol; Formaldehydum solutum, Formaldehydlösung; Liquor Cresoli saponatus, Kresolseifenlösung; Lithium salicylicum, Lithiumsalicylat; Pastilli Hydrargyri bichlorati, Sublimatpastillen; Pilulae Kreosoti, Kreosotpillen; Theobrominum natrio-salicylicum, Diuretin; Tinctura Aloës, Aloetinctur; Unguentum Cantharidum pro usu veterinario, Spanischfliegensalbe für thierärztlichen Gebrauch.

Von den im Arzneibuche bereits enthaltenen Artikeln haben folgende Abänderungen erfahren: Acetum pyrolignosum rectificatum, Acidum benzoïcum, Acidum carbolicum liquefactum, Acidum citricum, Acidum tannicum, Adeps suillus, Aether bromatus, Aqua Amygdalarum amararum, Balsamum Copaïvae, Cortex Frangulae, Extracta fluida, Extractum Condurango fluidum, Extractum Frangulae fluidum, Extractum Hydrastis fluidum, Ferrum carbonicum saccharatum, Ferrum citricum oxydatum, Ferrum oxydatum saccharatum, Ferrum pulveratum, Ferrum reductum, Ferrum sulfuricum siccum, Glycerinum, Scopolaminum hydrobromicum, Scopolaminhydrobromid (statt Hyoscinum hydrobromicum), Jodum, Liquor Ferri subacetici, Basisch-Ferriacetatlösung (anstatt Liquor Ferri acetici), Liquor Kalii arsenicosi, Pilulae, Pilulae aloëticae ferratae, Sebum ovile, Sulfonalum, Vinum, Vinum Pepsini.

In Anlage I ist Rosolsäurelösung, Solutio acidi rosolici neu aufgenommen worden.

Die Anlagen II, III und IV sind dem Texte entsprechend geändert worden; in Anlage V sind die spec. Gewichte von Acidum hydrobromicum und Aether bromatus eingeschaltet worden.

(Antipyrin und Heilserum.) Die Firma G. & R. Fritz versendet unter dem 9. d. M. an die Wiener Apotheker ein Circular folgenden Inhaltes: „Da nach den uns in den letzten Tagen zugekommenen Informationen die Erzeugung des Diphtherie-Heilmittel Behring's nun doch schon auf eine Stufe gebracht zu sein scheint, welche regelmässige und reichlichere Ablieferungen erwarten lässt, so dürften wir in nächster Zeit voraussichtlich in der Lage sein, die einlaufenden Ordres auf die Stärken I und II zu unseren bisherigen Preisen entweder sofort oder innerhalb einiger Tage auszuführen und zwar ohne die gleichzeitige Entnahme von Knorr's Antipyrin zu beanspruchen, da die Fabrik von dieser erschwerenden Bedingung wenigstens vorderhand wieder abgekommen ist. Wir bringen jedoch diesen Umstand ganz ohne Verbindlichkeit unsererseits zu Ihrer Kenntniss, nachdem es bei der Natur dieses Artikels immerhin noch möglich ist, dass wieder eine Stockung in der Fabrication eintritt, welche neuerliche Schwierigkeiten bezüglich dessen Lieferung im Gefolge hätte."

(Freie Arztwahl in Halle a. S.) Die zur Berathung der „Krankencassenangelegenheiten" eingesetzte Commission des Vereins der Aerzte in Halle a. S. hat nachstehende Thesen zur Discussion im Plenum vorgeschlagen: 1) Die Frage, ob freie Arztwahl anzustreben sei, ist bis jetzt bei unseren Verhältnissen in Halle noch nicht spruchreif. 2) Die Bezahlung der Einzelleistung ist anzustreben. 3) Als relatives Fixum ist 3 M. pro Kopf und Jahr und 9 M. pro Familie und Jahr als Minimalsatz beizubehalten, wenn nicht eine Abänderung dieses Tarifs nothwendig erscheint. 4) Die Zahlung eines absoluten Fixums entspricht nicht den Anforderungen, die der Cassenarzt stellen muss. 5) Es ist wünschenswerth, dass ein Arzt Sitz und Stimme im Vorstande der Krankencasse erhält. 6) Ersparnisse lassen sich erzielen durch billige Receptur, Beobachtung der einfachsten pharmaceutischen Regeln und Ausnutzung des Handverkaufs. 7) Zur Durchführung vorstehender Beschlüsse wählt der Aerzteverein eine ständige Commission.

Therapeutische Notizen.

(Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie.) Von grossem Interesse sind die Mittheilungen, welche Prof. Ganghofner in Prag über seine Erfahrungen mit dem Diphtherieserum macht (Prager med. W., No. 1—3). Im Kaiser Franz Josef-Kinderspital in Prag gestaltete sich in den Jahren 1887—1893 die Mortalität an Diphtherie in Procenten aller aufgenommenen Diphtheriefälle, wie folgt; in Klammern fügen wir das Sterblichkeitsverhältniss der wegen diphtheritischer Larynxstenose operirten Fälle bei: 1887 60,6 (78,2), 1888 54,6 (77,1), 1889 51,6 (62,5), 1890 48,3 (53,0), 1891 49,2 (66,9), 1892 45,3 (65,2), 1893 43,6 (59,8) Proc. Im Jahre 1894 war die Sterblichkeit der nicht mit Serum behandelten Fälle 43 (61) Proc., also fast die gleiche wie im Vorjahre.

Mit Serum wurden im Ganzen 110 bakteriologisch sichergestellte Fälle behandelt, davon 34 mit Schering'schem, 76 mit Höchster; da ein Unterschied in der Wirksamkeit beider Marken nicht hervortrat, werden sie gemeinschaftlich verwerthet.

Von den 110 mit Serum behandelten Fällen starben 14 = 12,7 Proc.; darunter befanden sich 44 operirte Larynxstenosen, von welchen 6 = 13,6 Proc. starben. Von den 44 operirten (intubirten) Kindern standen 17 im Alter bis zu 2 Jahren; von diesen starben 4 = 23,3 Proc., während die nicht injicirten Kinder dieser Altersperiode im Jahre 1894 59,0, im Jahre 1893 sogar 72 Proc. Sterblichkeit aufwiesen. Bei Fällen, welche im Stadium beginnender Larynxstenose zur Injection kamen, es waren deren 12, bildeten sich die Stenoseerscheinungen ausnahmslos zurück, so dass alle ohne Intubation genasen, während von 8 in einer Periode des Serummangels nicht injicirten Fällen des gleichen Stadiums 7 operirt werden mussten, von denen 5 an descendirendem Croup starben.

Von den 66 nach Ausscheidung der Operirten erübrigenden Fällen sind 8 = 12,1 gestorben, gegenüber dem Vorjahre ein Minus von 3,7 Proc.

Was die Frage betrifft, ob der Ablauf des diphtheritischen Processes auf der Rachenschleimhaut durch die Serumbehandlung eine deutlich sichtbare Abänderung erfahre, so wird dieselbe von G. bejaht. Sein persönlicher Eindruck war, dass der Process im Rachen rascher, als nach dem Aussehen der Fälle zu erwarten war, zum Stillstand kam. G. fand in der Regel am Tage nach der Injection noch Ausbreitung des Belags, am 2. Tage scharfe Abgrenzung desselben gegen die geröthete Schleimhaut, am 3. Tage Rückgang, resp. Abstossung.

Die Behauptung, dass die Chancen der Serumbehandlung um so günstiger sind, je früher die Behandlung einsetzt, findet auch in G.'s

Erfahrungen eine Stütze. Nach Krankheitstagen angeordnet kamen in Behandlung:

am 1. Tage	3, wovon	3 geheilt	= 100	Proc. Heilungen
„ 2. „	30, „	28 „	= 93,3	„ „
„ 3. „	35, „	32 „	= 91,4	„ „
„ 4. „	18, „	14 „	= 77,7	„ „
„ 5. „	9, „	6 „	= 66,6	„ „

An schädlichen Nebenwirkungen beobachtete G. in einer Anzahl von Fällen Urticaria, Erythema (am 7.—9. Tage nach der Injection), Gliederschmerzen, leichte Fieberbewegung. Albuminurie trat bei den injicirten Fällen nicht häufiger auf wie sonst; bei keinem der 33 an den beiden ersten Krankheitstagen zur Behandlung gekommenen Fällen fand sich Albuminurie; es spricht dies dafür, dass bei frühzeitiger Serumbehandlung eine Schädigung der Niere verhütet werden kann.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 22. Jan. Um zuverlässiges Material zur Beurtheilung der Wirksamkeit des Diphtherieserums zu gewinnen, hat das k. Gesundheitsamt beschlossen, eine Sammelforschung bei den grösseren Krankenanstalten innerhalb des Reichsgebietes zu unternehmen. Zur Benutzung für die bezüglichen Erhebungen ist im Gesundheitsamt nach dem Ergebnisse der Berathungen, welche hierüber von der Sachverständigen-Commission abgehalten worden sind, ein Fragebogen aufgestellt worden. Der Reichskanzler hat den Bundesregierungen nahe gelegt, diesen Fragebogen für die grösseren Krankenanstalten, in denen das neue Mittel zur Anwendung gebracht wird, einzuführen und das Geeignete zu veranlassen, damit das gewonnene statistische Material nach Abschluss jeden Vierteljahres dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zugängig gemacht werde.

— Die Medicin im preussischen Cultusetat. Der Etat des preussischen Cultusministeriums enthält im Ordinarium nur geringfügige Veränderungen für Zwecke des medicinischen Unterrichts und des Medicinalwesens. Im Ordinarium der Universitäten finden sich einige Posten zur Erhöhung der sächlichen Fonds; so erhält die Kinderklinik in Berlin 1200 Mark, die Frauenklinik in Königsberg 2400 M., diejenige in Marburg 7000 M., die klinischen Anstalten in Kiel 3000 M. mehr; in Berlin verursacht die Errichtung von Ambulatorien der medicinischen Kliniken 2400 M. sächliche Kosten; an Subventionen werden in Königsberg für eine Kinderklinik und eine Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis je 1200 M. ausgeworfen. Neue Assistentengehälter werden gefordert für Berlin (II. anatomisches Institut und Kinderklinik), Halle (physiol. Chemie), Greifswald (Augen- und Irrenklinik). Dagegen werden als künftig wegfallend die Prosectorengehälter in Königsberg, Halle, Göttingen, Marburg, Bonn bezeichnet. Im Etat des Medicinalwesens figurirt ein neuer Physikus für den Landkreis Düsseldorf mit 900 M. Die Staatsprüfungscommission sieht eine Mindereinnahme von 4700 M. aus Prüfungsgebühren voraus.

Im Extraordinarium werden gefordert für Königsberg, Fehlbeträge der Frauenklinik 7960 M., do. der Augenklinik 4000 M., Erweiterungsbau der medicinischen Klinik II. und letzte Rate 140300 M.; Breslau: Fehlbeträge der Kliniken 12000 M., Neubau der anatomischen Institute I. Rate 150000 M.; Halle: bauliche Veränderungen 12000 M., pharmakologisches Institut 8000 M., Versuchsthier-Stall für das physiologische und hygienische Institut 4200 M., Erweiterungsbau der Frauenklinik 49200 M.; Kiel: Frauenklinik, Heizungsanlage 2260 M.: Göttingen: Frauenklinik, Neubau II. Rate 150000 M.; Marburg: chirurgische Klinik, Neubau IV. Rate 200000 M., Fehlbetrag für chirurgische und Augenklinik 9100 bezw. 3600 M.; Bonn: klinische Anstalten für Inventarkosten 22800 M., für Instandhaltungs-Arbeiten 21000 M. Insgesammt schliesst das Extraordinarium der Universitäten überhaupt mit 1218420 M. ab.

Das Extraordinarium des Medicinalwesens setzt sich nur aus zwei Posten zusammen: Für neue Betten und einige technische Anlagen in der Charité werden 60000 M., als letzte Rate für die Fortbildungscurse für Kreisphysici 30000 M. gefordert. Eine Position für Pläne zum Neubau der Charité findet sich wieder nicht. Berl. Kl. W.

— Die Zahl der Aerzte Deutschlands ist nach der neuesten Medicinalstatistik im vergangenen Jahre auf 22,287 — gegen 21,621 im Jahre 1893 — gestiegen. Preussen zählt 13,257 (12,851), Bayern 2546 (2431), Sachsen 1633 (1573), Württemberg 764 (759). Die Zahl der approbirten Zahnärzte war 1007, gegen 915 im Jahre 1893. Heilanstalten gab es im Vorjahre 3218, gegen 3182 im Jahre 1893, mit 199,561 (196,247) Betten.

— Der Verein deutscher Aerzte zu Reichenberg i. B. hat folgenden Antrag einstimmig angenommen: „Es hat im Interesse unseres Standes das Annonciren in den Tagesblättern fortan zu unterbleiben. Von diesem Beschlusse sind alle Vereinsmitglieder mit dem Bedeuten zu verständigen, dass dieser Beschluss mit dem 1. December 1894 in Kraft zu treten hat. Diejenigen Herren, welche diesen Beschluss nicht respectiren, verfallen einer ehrenräthlichen Untersuchung. Ausnahmsweises Annonciren, und zwar wenn ein College die Praxis beginnt, oder wenn derselbe sein Domicil oder seine Wohnung wechselt — durch 3mal hintereinander — ist gestattet. In anderen Fällen kann ausnahmsweises Annonciren gegen besondere Bewilligung des Vereinsausschusses erfolgen.“

— Die medicinische Gesellschaft von Charleroi hat folgende zeitgemässe Preisfrage ausgeschrieben: Unzuträglichkeit ärztlicher Annoncen in politischen Zeitungen, u. z. in Bezug auf das Interesse des Patienten und das Standesbewusstsein des Arztes. Prag. med. W.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 1. Jahreswoche, vom 30. December 1894 bis 5. Januar 1895, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 30,3, die geringste Sterblichkeit Remscheid mit 8,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Karlsruhe und Mannheim; an Diphtherie und Croup in Bonn, Gera, Harburg, Kaiserslautern, Posen.

— Im niederösterreichischen Landtage erlaubte sich der Abgeordnete Dr. Lueger gelegentlich der Debatte über die Erhöhung der Verpflegsgebühren in den k. k. Kranken-Anstalten einen unerhörten Angriff auf den ärztlichen Stand, indem er die Aerzte beschuldigte, von den Apothekern Procente und Provisionen anzunehmen und die Krankheitsdauer ihrer Patienten im gemeinschaftlichen Interesse von Arzt und Apotheker thunlichst zu verlängern. Gegen diese Verdächtigung hat die Wiener Aerztekammer einen energischen Protest beim Präsidium des niederösterreichischen Landtages eingereicht.

— Die hessische zweite Kammer nahm mit grosser Mehrheit den Antrag auf Zulassung der Feuerbestattung an.

— Herr Dr. Weissenberg, Badearzt in Colberg, wird während der Wintermonate in Nervi prakticiren.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Generalarzt Dr. Ferdinand Trautmann, dirigirender Arzt an der Charité, ist zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden. Dr. Albrecht Kossel, ausserordentlicher Professor für physiologische Chemie und Vorsteher der chemischen Abtheilung an der hiesigen physiologischen Universitätsanstalt, ist als ordentlicher Professor für Hygiene nach Marburg berufen worden. Er ersetzt dort Karl Fränkel, der als Nachfolger Renk's (jetzt in Dresden) zu Ostern nach Halle geht. — **Tübingen.** Wilhelm Henke, Professor der Anatomie, hat wegen Krankheit Urlaub nehmen müssen. An seiner Stelle hält Professor Froriep die Vorlesungen über Anatomie und die anatomischen Uebungen. Die Leitung der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in Tübingen, die zuletzt in den Händen des Prof. Garrè (jetzt Ordinarius in Rostock) lag, ist dem Privatdocenten Dr. Hoffmeister übertragen worden.

Paris. Zum Präsidenten der medicinischen Akademie wurde Dr. Empis, zum Vicepräsidenten Dr. Hervieux gewählt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Albert Fleischer, appr. 1894, in München; Dr. Franz Seraph Huber, appr. 1894, zu Bergtheim, Bez.-A. Würzburg.

Verzogen. Dr. A. Schultz von Marktsteft nach Lohr a. M.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 2. Jahreswoche vom 6. bis 12. Januar 1895.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 11 (8*), Diphtherie, Croup 41 (47), Erysipelas 16 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (5), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 27 (36), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 5 (11), Parotitis epidemica 7 (—), Pneumonia crouposa 9 (13), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 28 (24), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 18 (15), Tussis convulsiva 39 (30), Typhus abdominalis 1 (1), Varicellen 32 (43), Variolois — (—). Summa 239 (245). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 2. Jahreswoche vom 6. bis 12. Januar 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern — (4*), Scharlach — (1), Diphtheritis und Croup 4 (3), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) — (—), Brechdurchfall 4 (—), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten 4 (3), Croupöse Lungenentzündung 3 (3), Tuberculose a) der Lungen 26 (19), b) der übrigen Organe 5 (4), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), Andere übertragbare Krankheiten — (1), Unglücksfälle — (—), Selbstmord 3 (1), Tod durch fremde Hand 1 (—), Sonstige Todesursachen 8 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 163 (172), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 21,4 (22,6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,0 (15,4), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14,1 (13,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.